**ORGANIZATORZY ZAWODÓW** UKS Plesbad Pszczyna, MORiS Pszczyna, POSiR Pszczyna

**KWITARIUSZ UCZESTNIKA ZAWODÓW** 23. Noworoczny Turniej Badmintona

o Puchar Burmistrza Pszczyny i Starosty Pszczyńskiego, 29-30.01.2022

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAZWISKO | | IMIE |
|  | DATA URODZENIA | NUMER TEL. |
|  | EMAIL: | KLUB/ miejscowość |

1. **Czy masz którykolwiek z następujących objawów:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kaszel ( niezwiązany z alergią lub chorobą płuc ) | TAK | NIE |
| Przekrwienie błony śluzowej nosa ( niezwiązane z alergiami lub infekcją zatok ) | TAK | NIE |
| Ból gardła | TAK | NIE |
| Początek duszności ( niezwiązany z przewlekłą chorobą | TAK | NIE |
| Biegunkę | TAK | NIE |
| Ból brzucha | TAK | NIE |
| Nudności / wymioty | TAK | NIE |
| Zmęczenie / złe samopoczucie | TAK | NIE |
| Utrata smaku , zapachu | TAK | NIE |

1. **Ankieta na COVID-19 (dotyczy ostatnich 2 tygodni)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy mieszkasz lub mieszkałeś z kimś kto był lub jest poddany kwarantannie ? | TAK | NIE |
| Czy byłeś w kontakcie z osobą u której pozytywnie stwierdzono zakażenie COVID-19 ? | TAK | NIE |
| Czy miałeś stwierdzone zakażenie COVID-19 ? | TAK | NIE |
|  | | |

Podpis uczestnika/rodzica /opiekuna………………………………………

**ORGANIZATORZY ZAWODÓW** UKS Plesbad Pszczyna, MORiS Pszczyna, POSiR Pszczyna

**KWITARIUSZ UCZESTNIKA ZAWODÓW** 23. Noworoczny Turniej Badmintona

o Puchar Burmistrza Pszczyny i Starosty Pszczyńskiego, 29-30.01.2022

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAZWISKO | | IMIE |
|  | DATA URODZENIA | NUMER TEL. |
|  | EMAIL: | KLUB/ miejscowość |

1. **Czy masz którykolwiek z następujących objawów:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kaszel ( niezwiązany z alergią lub chorobą płuc ) | TAK | NIE |
| Przekrwienie błony śluzowej nosa ( niezwiązane z alergiami lub infekcją zatok ) | TAK | NIE |
| Ból gardła | TAK | NIE |
| Początek duszności ( niezwiązany z przewlekłą chorobą | TAK | NIE |
| Biegunkę | TAK | NIE |
| Ból brzucha | TAK | NIE |
| Nudności / wymioty | TAK | NIE |
| Zmęczenie / złe samopoczucie | TAK | NIE |
| Utrata smaku , zapachu | TAK | NIE |

1. **Ankieta na COVID-19 (dotyczy ostatnich 2 tygodni)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy mieszkasz lub mieszkałeś z kimś kto był lub jest poddany kwarantannie ? | TAK | NIE |
| Czy byłeś w kontakcie z osobą u której pozytywnie stwierdzono zakażenie COVID-19 ? | TAK | NIE |
| Czy miałeś stwierdzone zakażenie COVID-19 ? | TAK | NIE |
|  | | |

Podpis uczestnika/rodzica /opiekuna………………………………………