**Kwestionariusz sanitarny osób uczestniczących
w II Eliminacjach Ogólnopolskiej Olimpiady w Judo**

w dniu 23.05.2021 r. w Hali Widowiskowo-Sportowej im. W. Stawiarskiego przy ul. ks. J. Poniatowskiego 32 w Bochni.

**Kwestionariusz wypełniają wszyscy uczestnicy zawodów – zawodnicy, trenerzy, fizjoterapeuci, sędziowie, obsługa zawodów, oficjele itp.**

**\* *w imieniu osoby niepełnoletniej kwestionariusz wypełnia rodzic/opiekun, podpisy składa rodzic/opiekun oraz zawodnik***

Data: ………………………………….;

Dane zawodnika lub innego uczestnika imprezy:

Nazwisko:………………………………………………………….; Imię:…………………………………………………….

Klub sportowy:…………………………………….…………;

Ja niżej, podpisany mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na zawodach, świadomy niebezpieczeństwa związanego z trwającym stanem epidemii spowodowanej przez wirusa SARS-CoV-2 i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej u ludzi, wywołanej tym wirusem, oświadczam, że:

1. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa przez Polski Związek Judo oraz TS MOSIR Bochnia, mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem *SARS-CoV-2,* ryzyko to nadal istnieje. Oświadczam, że uczestniczę w zawodach na własną odpowiedzialność i ryzyko.
2. Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie zawodów na terenie Hali Widowiskowo-Sportowej przy ul. ks. J. Poniatowskiego 32 w Bochni mającym na celu zapobieżenie rozprzestrzeniania się wirusa *SARS-CoV-2*.
3. Przyjmuję do wiadomości, że konsekwencją naruszania lub nieprzestrzegania zasad i rygorów sanitarnych, może być usunięcie z zawodów.

Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na zawodach w Hali Widowiskowo-Sportowej przy ul. ks. J. Poniatowskiego 32 w Bochni w załączeniu przekazuję odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy ma Pani / Pan\* jakiekolwiek objawy infekcji górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem takich objawów jak kaszel, duszność oraz gorączka?

 □ NIE □ TAK

2. Czy w ciągu ostatnich 10 dni miała Pani / Pan\* miał kontakt z kimś, kto jest podejrzewany lub zdiagnozowany jako przypadek zakażenia wirusem COVID-19?

 □ NIE □ TAK

3. Czy zdiagnozowano u Panią / Pana\* przypadek zakażenia wirusem COVID-19?

 □ NIE □ TAK

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK - Proszę podać datę, kiedy Pani/Pan miał wynik dodatni testu...................., proszę podać wyznaczoną datę zakończenia obowiązkowej kwarantanny lub samoizolacji...............................

1. Czy przebywa Pani / Pan\* w obowiązkowej kwarantannie, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.)?

 □ NIE □ TAK

………………………………………………..………………. ……………………………………………

*(podpis zawodnika lub innej osoby uczestniczącej w zawodach) (podpis opiekuna prawnego)*

………………………………………………….

*(data złożenia oświadczenia i kwestionariusza)*