

## Kwestionariusz sanitarny uczestnika zawodów sportowych

.....  
(nazwa zawodów)

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Funkcja <sup>1</sup>	
Hotel	

W przypadku zawodnika będącego pod opieką  
trenera/wychowawcy\* .....

(nazwisko imię)

### **Będę brała/ł\* udział w zawodach sportowych i oświadczam, że:**

1. Wyrażam zgodę na poddanie się zaleceniom, wytycznym i przepisom dotyczącym przestrzegania zasad i procedur bezpieczeństwa w celu zmniejszenie ryzyka zakażenia i rozprzestrzeniania się COVID-19 z bezwzględnym stosowaniem się do wymogów sanitarnych oraz poleceń trenera/wychowawcy i innych osób odpowiedzialnych za bezpieczne przeprowadzenie tych zawodów w tym obowiązujących regulaminów i przepisów wprowadzonych przez podmiot udostępniający miejsce zakwaterowania, wyżywienia, obiekt sportowy, urządzenia i sprzęt sportowy wykorzystywany w czasie szkolenia.
2. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa przez organizatora i podmiot udostępniający miejsce zakwaterowania, wyżywienia, obiekt sportowy, urządzenia i sprzęt sportowy mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem COVID-19, ryzyko to nadal istnieje.
3. Świadomy, treści zapisów punktu 1 i 2 uczestniczę w zawodach sportowych na własną odpowiedzialność i ryzyko.

Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób uczestniczących w zawodach sportowych, przekazuję odpowiedzi na następujące pytania:

### **1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni była Pani/był Pan za granicą?**

NIE

TAK

---

<sup>1</sup> Zawodnik, trener, wychowawcza, sędzia, obsługa wydarzenia, inne

Jeżeli zaznaczył/a Pani/Pan odpowiedź TAK, proszę wskazać:

Kraj, z którego nastąpił powrót: .....

Jak długo trwał pobyt za granicą (liczba dni): .....

Datę powrotu z za granicy: .....

**2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni był/a Pani/Pan objęta/y nadzorem epidemiologicznym - kwarantanną?**

NIE

TAK

Jeżeli zaznaczył/a Pani/Pan odpowiedź TAK, proszę wskazać:

Jaki okres (liczba dni): .....

Datę zakończenia okresu: .....

**3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pani/Pan kontakt z osobą podejrzaną o zakażenie COVID-19?**

NIE

TAK

Jeżeli zaznaczył/a Pani/Pan odpowiedź TAK, proszę wskazać:

Jakie czynności w związku z tym były podjęte (opisać):.....

Opisać wynik/efekt podjętych czynności: .....

Czy była Pani poddana/był Pan poddany testowi na obecność wirusa COVID-19 i jaki jest jego wynik: .....

**4. Czy ma Pani/Pan jakiegokolwiek objawy infekcji górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem takich objawów jak: podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności lub inne potwierdzone przez służby medyczne?**

NIE

TAK

Jeżeli zaznaczył/a Pani/Pan odpowiedź TAK, proszę wskazać występujące objawy:

.....  
.....

Od kiedy (data):.....

**Oświadczenie zostało złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oraz odpowiedzialności za nie przestrzeganie przepisów Ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych Dz.U. z 2020 poz. 374 i Rozporządzenia RM w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.**

**Świadoma/y odpowiedzialności oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.**

.....  
(data i podpis osoby składającej oświadczenie-  
kwestionariusz)

**Uwaga!**

**W przypadku osób nieletnich kwestionariusz wypełnia i podpisuje opiekun prawny.**

\*/ niepotrzebne skreślić