

Knurów, dnia _____ 20 __ r

ANKIETA COVID-19

Imię i nazwisko:

Numer PESEL:

Numer telefonu do kontaktu:

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał/ła Pan/ni w rejonach transmisji koronawirusa? Tak / Nie

2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/ła Pan/ni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2? Tak / Nie

3) Czy występują u Pana(i) objawy? Tak / Nie

Gorączka powyżej 38,0°C? Tak / Nie

Kaszel, uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza? Tak / Nie

.....

podpis osoby/prawnego opiekuna

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, iż mam pełną świadomość aktualnej sytuacji epidemiologicznej - ogłoszonego stanu epidemii SARS-CoV-2 i związanego z tym zagrożeniem zarażenia wirusem.

Oświadczam, iż mam świadomość możliwości przypadkowego kontaktu z osobą zarażoną wirusem na terenie **Knurowskiego Stowarzyszenia Strzeleckiego „STRZELBA”** (w tym obiekcie, na którym będą prowadzone zajęcia.

Zostałam/em poinformowana/y o konieczności przestrzegania wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego oraz wewnętrznych regulaminów **Knurowskiego Stowarzyszenia Strzeleckiego „STRZELBA”** dotyczących zapobiegania zakażeniom COVID -19.

Jestem świadoma/y, iż mimo dołożenia wszelkiej staranności przy wykonywaniu procedur przez personel **Knurowskiego Stowarzyszenia Strzeleckiego „STRZELBA”**, zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą powietrzno - kropelkową lub narażenia na kontakt z osobą zarażoną.

Jestem świadoma/y oraz w pełni akceptuję powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19, w tym także możliwości przeniesienia zakażenia na inne osoby i odstępuje od wszelkich ewentualnych roszczeń związanych z w/w zakażeniami wobec „Stowarzyszenia Fight Club Knurów”.

.....

podpis osoby/prawnego opiekuna