Opolski Związek Piłki Nożnej
ul. Damrota 6, 45-064 Opole
NIP: 754 10 96 067
77 454 37 34
@ sekretariat@opolskizpn.pl
www.pilkaopolska.pl

Kwestionariusz sanitarny powołanych zawodników/zawodniczek na akcje szkoleniowej Opolskiego ZPN

..... zawodniczka/zawodnik
(nazwisko i imię uczestniczki/uczestnika na konsultacji) (funkcja)

Klub: ……..…….……..…….

Ja niżej, podpisany/a mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na konsultacji, świadomy/a niebezpieczeństwa związanego z trwającym stanem epidemii spowodowanej przez wirusa **COVID-19** i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej u ludzi, wywołanej tym wirusem, oświadczam że:

1. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa organizatora konsultacji mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem **COVID-19**, ryzyko to nadal istnieje. Oświadczam, że syn uczestniczy w konsultacji na moją odpowiedzialność i ryzyko.
2. Wyrażam zgodę na poddanie dziecka wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie konsultacji mającym na celu zapobieżenie rozprzestrzeniania się wirusa **COVID-19**.
3. Przyjmuję do wiadomości, że konsekwencją naruszania lub nieprzestrzegania zasad i rygorów sanitarnych, może być usunięcie z uczestnictwa w konsultacji.

Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na konsultacji przekazuję odpowiedzi na poniżej zadane pytania:

1. Czy dziecko ma jakiekolwiek objawy infekcji górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem takich objawów jak kaszel, duszność oraz gorączka?

□ NIE □ TAK

2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko miało kontakt z kimś, kto jest podejrzewany lub zdiagnozowany jako przypadek zakażenia wirusem COVID-19?

□ NIE □ TAK

3. Czy zdiagnozowano u dziecka przypadek zakażenia wirusem COVID-19?

□ NIE □ TAK

4. Czy dziecko przebywa 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

5. **Pomiar temperatury w dniu wyjazdu dziecka na akcję szkoleniową wynosił -** …….. ^{o}C

Oświadczenie rodzica/opiekuna osoby niepełnoletniej

Zobowiązują się do niezwłocznego odbioru dziecka/podopiecznego w przypadku wystąpienia niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności) lub w wypadku takiej decyzji lekarza lub odpowiednich służb sanitarnych.

Podaję numer telefonu kontaktowego: ……..

* niepotrzebne skreślić/w imieniu osoby niepełnoletniej kwestionariusz wypełnia rodzic/opiekun/kwestionariusz należy dostarczyć trenerom kadry w dniu rozpoczęcia konsultacji

…… ……
(miejscowość i data złożenia - przekazania kwestionariusza) (podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Bank Spółdzielczy w Leśnicy
timsport.pl
BEDMET