**UWAGA !!! WYPEŁNIĆ W DNIU WYJAZDU**

**Kwestionariusz sanitarny osoby uczestniczącej w Obozie sportowym ZSS**

**w terminie 07.08 – 14.08.2021 w Człuchowie**

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

(nazwisko i imię uczestnika Warsztatów)

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

1. Na własne ryzyko i odpowiedzialność, moje dziecko uczestniczy w Obozie;

2. Rozumiem i mam świadomość, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa przez organizatora Obozu, mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia i rozprzestrzenienia wirusa **COVID-19***,* ryzyko skażenia nadal istnieje;

3. Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie Obozu, mającym na celu zapobieżenie rozprzestrzeniania się wirusa **COVID-19**;

4. Przyjmuję do wiadomości, że konsekwencją naruszania lub nieprzestrzegania zasad i rygorów sanitarnych, może być usunięcie dziecka z uczestnictwa w Obozu.

**Mając na względzie ochronę zdrowia osób przebywających na Obozie, odpowiadam na pytania zaznaczając odpowiednie pole znakiem „X”:**

1. Czy Pani / Pana 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 Pani / Pan dziecko miało kontakt z kimś, kto jest podejrzewany lub zdiagnozowany jako przypadek zakażenia wirusem COVID-19?

□ NIE □ TAK

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

□ NIE □ TAK

4. 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

5. Pomiar temperatury przed rozpoczęciem Obozu wynosił - ………… o C

**6. Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej**

Zobowiązuję się do niezwłocznego odbioru dziecka/podopiecznego w przypadku wystąpienia niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności).

Podaję numer telefonu kontaktowego: ……………………………….

………………………………………………………………………………….… …. 2021 r. ………………………………………………………………………..

*(miejscowość i data złożenia kwestionariusza i oświadczenia)* (podpis rodzica lub opiekuna prawnego)