

OŚWIADCZENIE NR 1 – XIV POKAZY W KULTURYSTYCE I FITNESS SOPOT 2021

DATA WERYFIKACJI (wypełnia ratownik medyczny w dniu weryfikacji)	
IMIĘ I NAZWISKO ZAWODNIKA	
POMIAR TEMPERATURY CIAŁA (wypełnia ratownik medyczny w dniu weryfikacji)	

1. Czy przechodził/a Pan/Pani zakażenie SARS-CoV-2? Jeśli tak, proszę wskazać w jakim terminie?

Tak (kiedy.....)

Nie

2. Czy był/a Pan/Pani objęty/a obowiązkiem kwarantanny? Jeśli tak, proszę wskazać w jakim terminie?

Tak (kiedy.....)

Nie

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 lub która przebywała na kwarantannie?

Tak

Nie

4. Czy występują u Pana/Pani objawy:

gorączka powyżej 38 stopni Tak

Nie

kaszel Tak

Nie

duszności Tak

Nie

zapalenie spojówek Tak

Nie

utrata węchu i smaku Tak

Nie

Oświadczam, że na powyższe pytania odpowiedziałem zgodnie z prawdą.

.....
Data i czytelny podpis zawodnika