

ANKIETA DLA UCZESTNIKA ZAWODÓW

W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-COV 2

Dane osobowe:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania/pobyt.....

Telefon kontaktowy uczestnika.....

Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-COV-2?

TAK/NIE

Jeśli tak, to kiedy?.....

Jeśli tak, z kim? (proszę podać dane osobowe).....

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreslić)

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Objawy przeziębieniowe (katar, drapanie w gardle)			
Temperatura powyżej 38°C			
Kaszel			
Duszność			
Inne			

Ciepłota ciała °C

Data i podpis uczestnika

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego *

*jeżeli dotyczy