LUBELSKI ZWIĄZEK PIŁKI NOŻNEJ

CZŁONEK POLSKIEGO ZWIĄZKU PIŁKI NOŻNEJ

20-637 Lublin ul. Ignacego Rzeckiego 21 www.lzpn.pl e-mail: lubelski@zpn.pl
SEKRETARIAT **81 528 05 68** faks **743 46 40** WYDZIAŁ GIER **81 525 99 03 697 370 045**
REGON **001058705** NIP **712 21 58 800** KONTO **BANK MILLENNIUM SA 63 1160 2202 0000 0000 9853 0330**

Kwestionariusz sanitarny dla osób przebywających na konsultacji LZPN w piłce nożnej - zawodniczki - r. 2007-2008

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

w dniu 28-29.11.2020 r. w **Krasnymstawie**
(termin oraz miejsce konsultacji)

..... zawodniczka
(nazwisko i imię uczestniczki 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 córka uczestniczy w konsultacji szkoleniowej LZPN 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 wynosił -** …….. °C
6. **Pomiar temperatury u zawodnika w momencie rozpoczęcia konsultacji -** …….. °C

7. Oświadczenie rodzica/opiekuna osoby niepełnoletniej

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

Podaję numer telefonu kontaktowego: ……

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