

**Zgodnie z rekomendacją Głównego Inspektora Sanitarnego w trosce
o bezpieczeństwo osób uczestniczących
w zawodach sportowych na Torze Poznań w dniu 15.05.2021 r.
prosimy o odpowiedzi TAK lub NIE na poniższe pytania.**

Dane osobowe:

Imię i nazwisko.....

Telefon kontaktowy.....

1. Czy występują u Pani/Pana następujące objawy:

- temperatura powyżej 38 st. C, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu, bóle głowy, bóle mięśni, utrata węchu lub smaku?

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni była Pani/był Pan poza granicą Polski?

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan kontakt z osobą chorą na COVID-19?

4. Obecnie przebywa Pani/Pan na kwarantannie?

5. Czy jest Pani/Pan zaszczepiona/y przeciwko COVID-19?

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika Zawodów