

## Ankieta wstępnej kwalifikacji

Data	
Imię i nazwisko	
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna (w przypadku niepełnoletnich)	
Nr telefonu (w przypadku niepełnoletnich do rodzica/prawnego opiekuna)	

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał/ła Pan/Pani /dziecko przebywało/ w rejonach transmisji koronawirusa (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))
  - TAK
  - NIE
2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/-ła Pan/Pani/ dziecko miało kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?
  - TAK
  - NIE
3. Czy u Pana/Pani/dziecka występują objawy:
  - gorączka powyżej 38<sup>0</sup>
  - kaszel
  - uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza
4. Czy ktoś z domowników obserwuje u siebie objawy ostrej infekcji dróg oddechowych – jak gorączka powyżej 38<sup>0</sup>, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu?
  - TAK
  - NIE

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis zawodnika / prawnego opiekuna/ uczestnika zawodów

