

# OŚWIADCZENIE NA POTRZEBY TRENINGU W PLENERZE

O OKRESIE MAJ-CZERWIEC 2020

MIŃSKI KLUB SPORTOWY TAEKWON-DO

IMIĘ I NAZWISKO TRENUJĄCEGO	
PESEL TRENUJĄCEGO	
NUMER TELEFONU ADRES ZAMIESZKANIA TRENUJĄCEGO	
<b>PYTANIA: PROSIMY ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWE</b>	
Czy występują u Pana/Pani lub dziecka objawy ostrej infekcji dróg oddechowych takich jak: gorączka, kaszel, duszność ?	TAK/NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani lub dziecko kontakt z osobą, u której podejrzewa się lub stwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub przypadkiem prawdopodobnym)?	TAK/NIE
Czy w okresie 14 dni pracowała lub przebywała Pan/Pani lub dziecko jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2?	TAK/NIE
DATA I PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO	