

ANKIETA STANU ZDROWIA

IMIĘ I NAZWISKO TRENERA.....

Numer telefonu lub konta E-mail.....

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa?

Tak

Nie

2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

Tak

Nie

3) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?

Tak

Nie

4) Czy Pan(i) lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

Tak

Nie

5) Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

Tak

Nie

6) Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników ?

Tak

Nie

.....
Data

.....
Czytelny podpis opiekuna