

IMIĘ, NAZWISKO UCZESTNIKA WYCIECZKI:

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DEKLARACJA EPIDEMIOLOGICZNA
DOTYCZĄCA NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE WIRUSEM SARS-CoV-2**

Czy jest Pan/Pani lub był/ była zarażona koronawirusem SARS-CoV-2?

TAK - NIE Kiedy?.....

Czy Pan/Pani był/a szczepiony/a przeciw COVID- 19?

TAK / NIE Kiedy?.....

Czy i kiedy miała/ Pan/Pani robiony TEST diagnostyczny w kierunku SARS-CoV-2? Jaki jest wynik testu?

TAK - NIE

Kiedy?.....

Rodzaj: RT-PCR / ANTYGENOWY Wynik: NEGATYWNY / POZYTYWNY

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

TAK - NIE Kiedy?.....

Gdzie?.....

Czy u Pana/Pani występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszności, trudności w oddychaniu, inne dolegliwości (np. bóle mięśni, bóle gardła, biegunka, wymioty, wysypka, zapalenie spojówek, utrata węchu lub smaku, inne nietypowe)?

gorączka: TAK - NIE, kaszel: TAK - NIE, duszności: TAK - NIE, trudności w oddychaniu: TAK - NIE, inne dolegliwości – TAK - NIE jakie:.....

Kiedy?.....

Czy u kogoś z Pana/Pani domowników występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszności, trudności w oddychaniu lub inne ww. dolegliwości?

TAK - NIE Jakże:.....

Kiedy?.....

Czy Pan/Pani lub ktoś z domowników jest obecnie objęty kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym albo poddany izolacji?

TAK - NIE Kto?.....

Od kiedy?.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z wirusem SARS-CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku, gdy okaże się, że jestem chory/a – również na odpowiedzialność karną.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania organizatora WYCIECZKI o potwierdzeniu u mnie/ mojego dziecka zakażenia wirusem SARS-CoV-2, wystąpieniu u mnie objawów mogących wskazywać na zakażenie wirusem SARS-CoV-2 lub o kontakcie z osobą, u której potwierdzono zakażenie tym wirusem.

Zobowiązuję się do przestrzegania procedur wprowadzonych przez organizatora w celu zwiększenia bezpieczeństwa udzielania świadczeń w związku z istniejącym zagrożeniem epidemicznym.

.....

data

.....

podpis uczestnika

(rodzica/ opiekuna prawnego

w przypadku osoby niepełnoletniej)