**Akademia Sportu i Rekreacji A&R Professional**

**Kwestionariusz sanitarny**

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………………………..

Zajęcia, trener……………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko dziecka……………………..……………………………………………………………………

**Czy zauważyłeś którykolwiek z poniższych objawów w ciągu ostatnich 14 dni?**

1. temperatura ciała powyżej 37,5 ° C tak nie
2. suchy kaszel tak nie
3. ból gardła tak nie
4. nagła zadyszka tak nie
5. nagła biegunka i/lub wymioty tak nie
6. nagły ból stawów i/lub mięśni tak nie
7. zmęczenie bez znanej przyczyn tak nie

**Czy poniższe stwierdzenia są dla Ciebie prawdziwe?**

1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca spotkałeś podejrzanego lub zadeklarowanego zarażonego Covid-19 lub kogokolwiek, kto miał bliski kontakt z taką osobą? tak nie
2. Czy ktoś w twoim domu jest poddany samemu sobie lub oficjalnie nałożonej kwarantannie? tak nie
3. Czy mieszkasz w tym samym gospodarstwie domowym z osobą narażoną i słabą (> 70 lat, patologia serca lub przewlekła patologia płuc, niedobór odporności)? tak nie

**Stwierdzam, że:**

jeśli miałem COVID-19 i byłem hospitalizowany, muszę najpierw skonsultować się z lekarzem przed wznowieniem jakiejkolwiek działalności,

jeśli miałem objawy podlegające zakażeniu COVID-19 (gorączka, przeziębienie, kaszel, ból w klatce piersiowej, zmęczenie, utrata smaku lub węchu, biegunka itp.), objawy te zaczęły się ponad 24 dni temu i zakończyły co najmniej 48h, muszę przedstawić negatywny test PCR Covid-19 na co najmniej dwóch kolejnych próbkach pobranych w odstępie 24 godzin po ostra choroba ustąpiła.

 podpis trenera podpis rodzica/opiekuna miejscowość, data

Zgoda rodzica \*: rodzic, dozorca, osoba upoważniona do podpisania zgody w imieniu małoletniego