



ANKIETA KWALIFIKACJI UCZESTNIKA SEKCJI WSPINACZKOWEJ JM SPORT

Imię Nazwisko Rodzica..... Imię Nazwisko Dziecka

- 1. Czy Pana/Pani dziecko lub bliska rodzina miała kontakt z osobą, u której potwierdzono lub podejrzewano zakażenie SARS-CoV2**

TAK/ NIE

- 2. Czy ktoś z członków najbliższej rodziny dziecka przebywał w rejonie zwiększonej zachorowalności**

TAK/NIE

- 3. Czy w ostatnim czasie /14 dni/ występowały u dziecka lub najbliższej rodziny**

Temperatura >38 st.C	TAK/NIE	od kiedy?.....
Kaszel	TAK/NIE	od kiedy?.....
Duszność	TAK/NIE	od kiedy?.....
Bóle mięśniowe, uczucie rozbicia	TAK/NIE	od kiedy?.....
Zaburzenia smaku, węchu	TAK/NIE	od kiedy?.....
Wysypka	TAK/NIE	od kiedy?.....

- 4. Czy ktoś z członków rodziny wrócił z za granicy w ciągu 14 dni i miał kontakt z dzieckiem**

TAK/NIE od kiedy?.....

W dniu rozpoczęcia zajęć wspinaczkowych mój syn/ córka nie wykazują jakichkolwiek objawów chorobowych.

Wyrażam zgodę na pomiar temperatury mojego syna/córki.....

Data wypełnienia

.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....