

**OŚWIADCZENIE DLA UCZESTNIKÓW CYKLU TRENINGOWEGO AKTYWNA WARSZAWA
ORGANIZOWANEGO PRZEZ STOŁĘCZNE CENTRUM SPORTU AKTYWNA WARSZAWA**

Oświadczam, że:

Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób uczestniczących w zajęciach sportowych w ramach cyklu treningowego AKTYWNA WARSZAWA, świadomy niebezpieczeństwa związanego z trwającym stanem epidemii spowodowanej przez wirusa SARS-CoV-2 i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej u ludzi, wywołanej tym wirusem, zarazem wyrażając chęć uczestniczenia w zajęciach sportowych organizowanych przez Stołeczne Centrum Sportu AKTYWNA WARSZAWA oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym na terenie, w którym odbywają się zajęcia a mającym na celu zapobieżenie rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2;
- rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa przez organizatora zajęć, mających na celu maksymalne ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2, ryzyko to nadal istnieje i nie będę składał roszczeń do organizatora w sytuacji stwierdzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2;
- przyjmuję do wiadomości, że konsekwencją naruszania lub nieprzestrzegania zasad określonych w Regulaminie cyklu może być usunięcie z obszaru, na którym organizowane są zajęcia sportowe.

Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na terenach organizowanych przez SCS AW zajęć sportowych, przekazuję odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni była Pani / był Pan za granicą?

NIE
TAK

Jeżeli zaznaczyła Pani / zaznaczył Pan odpowiedź TAK, to proszę wskazać miejsce wyjazdu (kraj)

.....
Jak długo trwał pobyt za granicą (liczba dni)

Data powrotu zza granicy

2. Czy ma Pani / Pan jakiegokolwiek objawy infekcji górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem takich objawów jak kaszel, duszność oraz gorączka?

NIE
TAK

Jeżeli zaznaczyła Pani / zaznaczył Pan odpowiedź TAK, to proszę wskazać występujące objawy:

.....

3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani / miał Pan kontakt z kimś kto jest podejrzewany lub zdiagnozowany jako przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2?

NIE
TAK

Jeżeli zaznaczyła Pani / zaznaczył Pan odpowiedź TAK, to proszę wskazać, czy była Pani poddana / Pan poddany testami na obecność wirusa SARS-CoV-2 i jaki jest jego wynik:

.....

4. Czy zdiagnozowano u Pani / Pana przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2?

NIE
TAK

5. Czy przebywa Pani / Pan w obowiązkowej kwarantannie o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 14 nr 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 z późn. zm.)?

NIE
TAK

.....

(imię i nazwisko, data urodzenia)

.....

(data i podpis uczestnika zajęć sportowych organizowanych w ramach cyklu AKTYWNA WARSZAWA)