



Ministerstwo
Kultury
Dziedzictwa
Narodowego
i Sportu.



Lubuskie
Warte zachodu



LETNIE MISTRZOSTWA POLSKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W PŁYWANIU

Zielona Góra-Drzonków, 25-27.06.2021r.



_____ dn., _____

/imię nazwisko pełnoletniego uczestnika lub opiekuna prawnego/

/adres/

/telefon/

OŚWIADCZENIE PEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA / OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA NIEPEŁNOLETNIEGO* w związku z COVID – 19

Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób biorących udział w zawodach, oświadczam iż jestem 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 zawodach

Niniejszym potwierdzam, iż:

1. Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym obiektów mającym na celu zapobieżenie rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2.
2. Wyrażam zgodę na nadzór przestrzegania przeze mnie zasad i rygorów obowiązujących w zapobieganiu rozprzestrzenienia się wirusa.
3. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa przez Organizatora oraz właścicieli obiektów, mających na celu maksymalne ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2, ryzyko to nadal istnieje;
4. Przyjmuję do wiadomości, że konsekwencją naruszania lub nieprzestrzegania zasad i rygorów, może być dyskwalifikacja

Podpis osoby opiekuna prawnego/pełnoletniego uczestnika



Ministerstwo
Kultury
Dziedzictwa
Narodowego
i Sportu.



Lubuskie
Warte zachodu



LETNIE MISTRZOSTWA POLSKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W PŁYWANIU

Zielona Góra-Drzonków, 25-27.06.2021r.



Polish
Paralympic
Committee

_____ dn., _____

/imię nazwisko pełnoletniego uczestnika lub opiekuna prawnego/

/adres/

/telefon/

OŚWIADCZENIE PEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA / OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA NIEPEŁNOLETNIEGO* w związku z COVID – 19

Oświadczam, że

uczestnik zawodów _____ data urodzenia _____

reprezentujący klub _____

1. Jest zdrowy, w dniu rozpoczęcia zawodów, brak u niego infekcji oraz objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną.
2. Nie zamieszkiwał z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miał kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni przed rozpoczęciem zawodów.
3. Jest przygotowany do stosowania się do wytycznych i regulaminów uczestnictwa w zawodach, związanych z: zachowaniem dystansu społecznego, noszenia maseczek zasłaniających usta i nos oraz przestrzeganiem wzmożonych zasad higieny.
4. Jeżeli uczestnik zawodów choruje na chorobę przewlekłą, mogącą narazić je na cięższy przebieg zakażenia, rodzic/prawny opiekun, ma obowiązek poinformować organizatora zawodów o tym fakcie na etapie zgłaszania udziału do zawodów. W tym przypadku konieczna jest dodatkowa zgoda lekarza na udział w zawodach.
5. W przypadkach związanych z koniecznością realizacji wytycznych dotyczących przeciwdziałania epidemii zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 proszę o kontakt pod numer telefonu _____.

Podpis osoby opiekuna prawnego/pełnoletniego uczestnika