

**Ankieta Covid-19 GKS Bełchatów**

Formularz oceny medycznej w związku z ryzykiem zakażenia koronawirusem

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko zawodnika /Grupa treningowa |  |
| Data wypełnienia ankiety |  |
| Temperatura rano/godzina badania |  |
| **Objawy występujące w ciągu ostatnich 24 godzin** (odpowiednie zaznaczyć) | **TAK** | **NIE** |
| Kaszel |  |  |
| Duszność |  |  |
| Katar |  |  |
| Ból głowy |  |  |
| Biegunka |  |  |
| Wymioty |  |  |
| Bóle mięśni |  |  |
| Zapalenie spojówek |  |  |
| Zaburzenia węchu |  |  |
| Zaburzenia smaku |  |  |
| Wysypka |  |  |
| Pobyt w obszarze wysokiego ryzyka, kontakt z osobą chorującą na zapalenie płuc, kontakt z osobą chorującą na Covid-19 |  |  |

Wystąpienie któregokolwiek objawu jest równoznaczne z zakazem uczestniczenia zawodnika w treningu. **Proszę rodziców/opiekunów prawnych** - monitorować stan zdrowia swoich dzieci i natychmiast informować trenera grupy o pojawieniu się w/w objawów (po i przed każdym kolejnym treningiem).

Wypełnioną ankietę proszę odesłać przed **pierwszym treningiem** na adres email opiekuna grupy.

Dodatkowo **podpisane oświadczenie** o zgodzie na udział w zajęciach swojego dziecka proszę przekazać bezpośrednio trenerowi grupy lub kierownikowi drużyny (przed pierwszymi zajęciami) – bez zgody brak możliwości wzięcia udziału w zajęciach.

**Rozpoczęcie zajęć w GKS Bełchatów 11.05.2020 r. – zgodnie z planem treningowym.**