

## ANKIETA AKTUALIZACYJNA

IMIĘ I NAZWISKO ZAWODNIKA

Numer telefonu do kontaktu E-mail

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

- Tak  
 Nie

2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))

- Tak  
 Nie

3) Czy występują u Pana(i) objawy?

- Gorączka powyżej 38°C  
 Kaszel  
 Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

.....  
Data

.....  
czytelny podpis zawodnika/opiekuna