**OŚWIADCZENIE Uczestnika – osoba dorosła**

Ja, niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym nr: ……………………...…………………,

oświadczam, że w związku z wystąpieniem stanu epidemii na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności w związku z przepisami Rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:

1. dobrowolnie godzę się na udział w XXXII Mistrzostwa Polski Firm Energetycznych w Tenisa o Puchar Prezesa PGNiG SA organizowanych przez Towarzystwo Sportowo-Turystyczne Nafty i Gazu „Sportgas” na zasadach wskazanych w przepisach prawa oraz regulaminie zajęć, w szczególności dotyczących prowadzenia zajęć w okresie epidemii COVID-19;

2. akceptuję oraz zobowiązuję się do stosowania zasad i ograniczeń związanych z prowadzeniem zajęć w okresie epidemii COVID-19;

3. jestem świadom/a oraz akceptuję ryzyka i zagrożenia związane z uczestnictwem w Mistrzostwach w okresie epidemii COVID-19;

4. wypełniłam/wypełniłem załączony poniżej formularz zgłoszeniowy na treningi w okresie epidemii COVID-19 zgodnie z prawdą oraz kompletnie.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA ZAJECIA W OKRESIE EPIDEMII COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy jesteś obecnie objęta/-y nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? | TAK / NIE |
| Pomiar temperatury 1 x dziennie o stałej porze – temperatura powyżej 37 stopni powinna budzić wątpliwości i konsultacje z lekarzem. Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni miałaś/-eś temperaturę powyżej 37 stopni. | TAK / NIE |
| Czy miało w ostatnim tygodniu ból głowy? | TAK / NIE |
| Czy miałaś/-eś w ostatnim tygodniu katar? | TAK / NIE |
| Czy miałaś/-eś w ostatnim tygodniu duszności? | TAK / NIE |
| Czy miałaś/-eś w ostatnim tygodniu zaburzenia węchu? | TAK / NIE |
| Czy miałaś/-eś w ostatnim tygodniu zaburzenia smaku? | TAK / NIE |
| Czy miałaś/-eś w ostatnim tygodniu miał kontakt z osobą z potwierdzonym zakażeniem COVID-19? | TAK / NIE |
| Czy miałaś/-eś w ostatnim tygodniu kontakt z osobą chorą na zapalenie płuc? | TAK / NIE |
| Czy w ostatnim tygodniu przebywałaś/-eś w obszarze wysokiego ryzyka, np. szpital? | TAK / NIE |
|  |  |

Jeżeli masz któryś z powyższych objawów, prosimy o zgłoszenia się do lekarza. Jednocześnie informujemy, iż nie może Pan/Pani brać udziału w Mistrzostwach.

Inne uwagi o stanie zdrowia:

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| *(miejscowość, data)* | *(czytelny podpis)* |