**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI COVID-19**

Data: ………………………

Imię i nazwisko zawodnika: ………………………

PESEL: ………………………

Numer telefonu: ………………………

Adres e-mail: ………………………

1. **Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) za granicą?**

☐Tak

☐Nie

1. **Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w szpitalu lub innej placówce zdrowotnej (np. ZOL)?**

☐Tak: Nazwa placówki…………………..

☐Nie

1. **Czy miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, które jest objęta kwarantanną lub izolacją?**

☐Tak

☐Nie

1. **Czy jest Pan(i) objęty(a) kwarantanną lub izolacją?**

☐Tak

☐Nie

1. **Czy ma Pan(i)?**

☐ Gorączkę powyżej 37,5oC

☐ Kaszel

☐ Uczucie duszności, trudności w nabraniu powietrza

☐ Objawy infekcji (bóle mieści, głowy, gardła, osłabienie, zaburzenia węchu i smaku)

☐Żadne z powyższych

1. **Czy miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2?**

☐Tak

☐Nie

1. **Czy w ciągu ostatnich 3 dni stosował(a) Pan(i) leki przeciwgorączkowe?**

☐Tak

☐Nie

Podpis rodzica/ opiekuna

……………..………………………