

ANKIETA COVID -19 O STANIE ZDROWIA / COVID -19 HEALTH SURVEY

Imię i Nazwisko / Name and surname

Numer telefonu / Phone number

E-mail

.....

1. Funkcja/Function:

- zawodnik/cyclist
- trener/trainer
- mechanik/mechanic
- kierownik drużyny/Team manager
- inne/other

2. Czy w czasie ostatnich 10 dni mieli Państwo kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2? / Have you had contact with someone infected with SARS CoV-2 virus in the last 10 days?

- Tak/Yes
- Nie/No

3. Czy występuje u Państwa któryś z poniższych objawów? / Do you have any of the following symptoms?

- Gorączka powyżej 38°C / Fever above 38°C
- Kaszel / Cough
- Trudności z oddychaniem / Trouble with breathing
- Zaburzenia węchu i smaku / Smell and taste disorders
- Powyższe objawy nie występują / The above symptoms do not occur

OŚWIADCZENIA / DECLARATIONS

- Zobowiązuję się do przestrzegania zasad dotyczących zapobiegania rozprzestrzeniania się wirusa / I undertake to follow the rules on preventing the spread of the virus
- Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą / I certify that the above information is true

.....

.

Data i podpis / Date and signature