

**DEKLARACJA ZDROWIA**

<b>DATA IMIĘ NAZWISKO WYPOŻYCZAJĄCEGO SPRZĘT WODNY</b>	<b>PESEL</b>
<b>Nr telefonu do kontaktu</b>	
<b>E- mail</b>	

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan (i) w rejonach transmisji koronawirusa?

TAK                      NIE

2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą u której potwierdzono zakażenie koronawirusem COVID-19?

TAK                      NIE

3) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie?

TAK                      NIE

3) Czy występują u Pana(i) objawy?

TAK                      NIE

Gorączka powyżej 38 C                      TAK      NIE

Kaszel    TAK      NIE

Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza                      TAK      NIE

4) Inne nieswoiste objawy:

Utrata węchu                                      TAK      NIE

Utrata smaku                                      TAK      NIE

.....  
(data i podpis)

**Deklaruję, że osoba towarzysząca niepełnoletnia, pozostająca pod opieką w czasie splywu jest zdrowa, nie miała kontaktu z osobą z podejrzeniem koronawirusa lub przebywającą na kwarantannie.**

**Potwierdzam u niej brak objawów choroby COVID – 19.**

.....  
(data i podpis)