



### Декларация о состоянии здоровья

Национальная федерация: \_\_\_\_\_

Клуб (необязательно): \_\_\_\_\_

Фамилия, имя: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Были ли у вас какие-либо из следующих симптомов на протяжении последних 14 дней?

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| • Температура тела выше 37,5°С:             | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |
| • Сухой кашель:                             | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |
| • Боли в горле:                             | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |
| • Одышка:                                   | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |
| • Рвота и/или диарея:                       | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |
| • Внезапная боль в суставах и/или в мышцах: | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |
| • Усталость без видимой причины:            | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |
| • Проблемы со вкусом и/или обонянием:       | <input type="checkbox"/> ДА | <input type="checkbox"/> НЕТ |

Находились ли в Вы последние 14 дней в контакте с человеком с выявленным вирусом Covid19?

ДА  НЕТ

Я полностью понимаю, что моё участие возможно только при условии, что на все выше приведенные вопросы был дан ответ «НЕТ».

Я дал/дала честные ответы и на все вопросы и я понимаю, что любое нарушение данных правил влечет за собой дисциплинарные взыскания и/или юридические последствия.

Я ЗАЯВЛЯЮ и обязуюсь соблюдать все инструкции местного организационного комитета, любого должностного лица ЕСД или другого должностного лица местных органов здравоохранения для профилактики заболеваний. Я понимаю, что ограничения могут быть изменены в связи с необходимостью или для соблюдения законов местных органов общественного здравоохранения, и в случае, если любое такое изменение ограничений повлияет на мое участие, я отказываюсь от всех прав на возмещение ущерба или другую компенсацию.

Подпись: .....

Имя, фамилия (печатными буквами): .....

Дата: .....

Менеджер делегации по Covid-19

Атлет/Родитель\*

Законный представитель\*: родитель, опекун, лицо, уполномоченное подписать согласие от имени несовершеннолетнего 2004, 2005 и 2006 годов рождения.