**DATA ZAJĘĆ:**

***OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA ZAJĘĆ***

***AQUA AEROBIK O STANIE ZDROWIA***

Imię i nazwisko: ……………………………………………................................................

Numer telefonu:……………………………………………………………………………..

Ja, niżej podpisana/ny jako uczestnik zajęć Aqua Aerobik na Słowiance oświadczam, że:

1. Mój stan zdrowia pozwala mi na uczestnictwo w zajęciach sportowo-rekreacyjnych i nie ma przeciwwskazań́ lekarskich do brania czynnego udziału w zajęciach.

2. Według mojej wiedzy w ciągu ostatnich 14 dni nie miałam/em kontaktu z osobą zakażoną wirusem COVID-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie i nie przejawia widocznych oznak choroby.

3. Jestem zdrowa/wy i nie mam objawów infekcji oraz żadnych objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną.

4. Nie zamieszkiwałam/em z osobą przebywającą na kwarantannie i nie miałam/em kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie w okresie 14 dni przez rozpoczęciem każdych zajęć.

5. Zostałam/em przygotowana i pouczona do stosowania się do wytycznych i regulaminów uczestnictwa m.in. związanych z zachowaniem dystansu społecznego (co najmniej 1,5 m) oraz przestrzeganiem wzmożonych zasad higieny.

6. Choruję/nie choruję na chorobę przewlekłą, mogącą narazić mnie na cięższy przebieg zakażenia wirusem COVID-19.

7. W przypadku uczestnika zajęć z chorobą przewlekłą konieczne jest doręczenie opinii lekarskiej o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w zajęciach Aqua Aerobik na Słowiance.

8. Udostępniam Organizatorowi zajęć - CSR „Słowianka” Sp. z o.o. numer telefonu lub inny kontakt zapewniający szybką komunikację ……………………..…………………nr tel.

.

……………………………………

(czytelny podpis imieniem i nazwiskiem)