

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA I ŚWIADOMOŚCI RYZYKA  
UCZESTNIKA ZAJĘĆ SPORTOWYCH W CW LAGUNA W GRYFINIE**

Imię i nazwisko uczestnika zajęć sportowych .....

Telefon kontaktowy .....

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- 1) posiadam świadomość występującego obecnie ryzyka zakażenia w związku z trwającą epidemią wirusa SARS COV-2,
- 2) zapoznałem/am się z procedurami przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemicznego obowiązującymi w CW Laguna i zobowiązuję się do ich przestrzegania,
- 3) nie będę wnosił/a żadnych roszczeń w stosunku do CW Laguna w razie zakażenia wirusem SARS COV-2.

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) W ciągu ostatnich 14 dni nie miałem/am\* objawów infekcji (m.in. gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła), w szczególności objawów infekcji górnych dróg oddechowych.
- 2) Nie jestem objęty/a\* kwarantanną/izolacją.
- 3) W ciągu ostatnich 14 dni nie miałem/am\* świadomego kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie SARS COV-2, zakażoną SARS COV-2 lub chorą na Covid-19.
- 4) Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za stan mojego zdrowia.
- 5) Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych dla klientów CW Laguna dostępną na terenie obiektu oraz na stronie internetowej [www.cwlaguna.pl](http://www.cwlaguna.pl).
- 6) Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich regulaminów obowiązujących na terenie CW Laguna.
- 7) W związku z obecną sytuacją epidemiczną na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do Powiatowego Inspektora Sanitarnego i służb porządkowych.
- 8) W przypadku, gdy zostanę objęty kwarantanną lub innym środkiem związanym z Covid-19, zobowiązuję się do niepojawienia się na zajęciach. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za niewykonanie tego obowiązku, w szczególności za wynikię wskutek niewykonania moich zobowiązań szkody poniesione przez placówkę lub osoby trzecie.

Data ..... Czytelny podpis .....

Wypełnia pracownik obiektu:

Data wejścia: ..... Godzina wejścia: ..... Godzina wyjścia: .....

Czytelny podpis pracownika: .....