

## Oświadczenia uczestnika zajęć w Klubie Mieszkańców „Agatka”

IMIĘ I NAZWISKO .....

Numery telefonów do kontaktu, adres mailowy.....

Adres zamieszkania : 59-220 Legnica ul. ....

1. Deklaruję swój udział w **zajęciach gimnastyki dla dorosłych** organizowanych w Klubie Mieszkańców "Agatka" w Legnicy w sezonie k- o 2021/2022
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz mojego wizerunku na potrzeby dokumentacji i prezentacji działalności Klubu Mieszkańców "Agatka".

.....  
(Data i czytelny podpis )

### Oświadczenia uczestnika

- Oświadczam, że nie miałam/ miałem miał kontaktu z osobą zakażoną wirusem COVID-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Na dzień złożenia oświadczenia, stan zdrowia dziecka jest bardzo dobry, dziecko nie przejawia żadnych oznak chorobowych . Zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Klub Mieszkańców "Agatka" o wystąpieniu oznak chorobowych i nie przyprowadzać chorego dziecka do placówki.
- Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy/świadoma zagrożeń w aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz znane mi jest ryzyko związane z uczestnictwem w zajęciach mimo wprowadzonych w placówce obostrzeń sanitarnych i wdrożonych środków ochronnych.
- Zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących w KM "Agatka" w Legnicy procedur związanych z reżimem sanitarnym
- Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Procedurami bezpieczeństwa i Ścieżką szybkiej komunikacji na stronie Legnickiej Spółdzielni Mieszkaniowej w zakładce KM „Agatka” / <http://www.legnickasm.pl/index.php/km-agatka/procedury-bezpieczenstwa-covid-19-km-agatka> .
- Wyrażam zgodę na dokonywanie przez pracownika KM "Agatka" codziennego pomiaru temperatury u mojego dziecka z wykorzystaniem termometru bezdotykowego.
- Zobowiązuje się do poinformowania kierownika placówki o wszelkich zmianach sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa COVID-19 w moim najbliższym otoczeniu, tj. gdy ktoś z mojej rodziny zostanie objęty kwarantanną lub zachoruje na COVID-19.

.....  
(Data i czytelny podpis )

### ANKIETA SANITARNA

.....  
imię i nazwisko uczestnika zajęć , nr telefonu

1. Czy w ostatnim czasie ktoś z członków rodziny chorował ( katar, kaszel temperatura)? TAK / NIE
2. Czy w ostatnim czasie spotykali się Państwo z kimś, kto przyjechał z zagranicy? TAK / NIE
3. Czy w ostatnim czasie spotykali się Państwo z kimś, kto przebywał na kwarantannie? TAK / NIE
4. Czy w ostatnim czasie spotykali się Państwo z kimś, kto CHOROWAŁ na COVID-19? TAK / NIE
5. Zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania kierownika Placówki w przypadku zaistnienia zdarzeń wymienionych w punktach 1-4 po wypełnieniu i oddaniu ankiety TAK

.....  
Data i czytelny podpis