

Prohlášení o neexistenci příznaků virového infekčního onemocnění COVID-19

Jméno, příjmení a rok narození.....

Adresa.....

Klub/Firma:

Zaznamenali jste během posledních 14 dnů některý z následujících příznaků?

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Teplota vyšší než 37.5 °C | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 2. Suchý kašel | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 3. Bolest v krku | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 4. Náhlý nástup dušnosti | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 5. Náhlé zvracení nebo průjem | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 6. Náhlý nástup bolesti kloubů nebo svalů | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 7. Únava bez známé příčiny | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 8. Setkali jste se v posledních 14 dnech s osobou s podezřením na COVID-19 nebo osobou pozitivně testovanou na COVID-19? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 9. Je někdo ve vaší domácnosti v karanténě? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

Podpis : Datum:

Závodník, který předkládá doklad o absolvování RT-PCR vyšetření nebo antigenního testu na přítomnost viru SARS CoV-2 formou SMS, které proběhlo nejpozději 48 hodin před zahájením závodu s negativním výsledkem, níže svým podpisem potvrzuje pravdivost předložených údajů.

! Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé !

Vyplněné a podepsané prohlášení odevzdejte při registraci k závodu.

VYPLNÍ ORGANIZÁTOR

Datum testu: Výsledek testu:.....

Generální partner
Českého atletického svazu



Oficiální partneři Českého atletického svazu

