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

Zajęcia : …………………………………………………………………………………………………….

Nr. Telefonu : ……………………………………………………………………………………………

 Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa oraz Naszych pracowników,

Prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy w ciągu ostatnich 2 tyg. przebywała Pani/Mąż/dziecko/ktoś z domowników za granicą ?  | TAK | NIE |
| Czy jest Pani lub ktoś z Pani domowników objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna) ? | TAK | NIE |
| Czy w ostatnich 2 tygodniach miałaś kontakt z osobą zakażoną lub z podejrzeniem zakażenia? | TAK | NIE |
| Czy obecnie występują u Pani/dziecka objawy infekcji ( gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe) ? | TAK | NIE |
| Czy obecnie lub w ostatnich 2 tygodniach, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?  | TAK | NIE |

Zapoznałem się z nowym regulaminem Fitfreak Studio dostępnym na [www.fitfreak.pl](http://www.fitfreak.pl) i akceptuję wszystkie postanowienia wynikające z jego aktualizacji.

Data ………………………………… Podpis ……………………………………………..

**Oświadczenie**

Jestem świadoma zagrożenia wynikającego z aktualnej sytuacji epidemicznej związanej z Covid-19.

Data………………………………….. Podpis ………………………………………………