

Ankieta Zdrowotna CrossFit Black Ground

IMIĘ I NAZWISKO;	DATA:	
Czy ma Pan/Pani jakiegokolwiek objawy infekcji?	TAK	NIE
KATAR	TAK	NIE
KASZEL	TAK	NIE
INNE	Jakie?	
Czy ktokolwiek z domowników miał objawy infekcji w ciągu ostatnich 14 dni?	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywał/a Pan/i zagranicą?		
Jeśli tak to w jakim kraju?	TAK	NIE
Czy miał Pan/Pani kontakt z osobą która, w ciągu ostatnich 14 dni wróciła z zagranicy?	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem?	TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani objęty/a kwarantanną?	TAK	NIE

*zaznacz prawidłową odpowiedź

.....
Miejscowość

.....
Czytelny podpis