

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA I ŚWIADOMOŚCI RYZYKA

.....
Imię i Nazwisko uczestnika zajęć

.....
Telefon kontaktowy

.....
Nazwa zajęć / wydarzenia

Ja niżej podpisany oświadczam, że posiadam świadomość ryzyka zakażenia wirusem COVID - 19 podczas zajęć organizowanych w Centrum Wypoczynkowo-rehabilitacyjnego Activ w Sypniewie.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z procedurami przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemicznego obowiązującymi w Centrum Activ i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Oświadczam, że nie będę wnosił/ła żadnych roszczeń w stosunku do Centrum Activ w razie zakażenia

wirusem COVID-19 na terenie Centrum Wypoczynkowo-rehabilitacyjnego Activ.

Jednocześnie oświadczam, że:

1) według mojej wiedzy jestem zdrowa/y i nie posiadam żadnych objawów zakażenia koronawirusem,

2) nie przebywam na kwarantannie oraz nie miałam/em kontaktu z osobą zarażoną koronawirusem,

3) biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za stan mojego zdrowia

W przypadku gdy zostanę objęty kwarantanną lub innym środkiem związanym z Covid-19, zobowiązuję się do niepojawienia się na zajęciach oraz niezwłocznie poinformuję o tym Centrum Wypoczynkowo-rehabilitacyjnego Activ. 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 i podpis