**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

**I. Dane osoby badanej**

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

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………….

Aktualny numer telefonu do szybkiej komunikacji: …………………………………………………………….

**II. Oświadczenie o stanie zdrowia ucznia**

Oświadczam, że nie występują u mnie żadne niepokojące objawy chorobowe (wysoka temperatura, kaszel, trudności z oddychaniem, bóle mięśni i stawów, bóle głowy, biegunka).

Ponadto **nie miałem świadomego kontaktu:**

a) z osobą chorą na COVID-19,

b) z osobą będącą w izolacji,

c) z osobą przebywającą na kwarantannie.

**III. Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z procedurą bezpieczeństwa obowiązującą na terenie Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie w okresie pandemii COVID-19 i zobowiązuję się bezwzględnie przestrzegać tych zapisów.**

**IV. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury przez pracownika laboratorium/kierownika projektu, przed przystąpieniem do badań/testów oraz wyrażam zgodę na niedopuszczenie do badania/testu w przypadku stwierdzenia podwyższonej temperatury ciała.**

**V. Oświadczenie o odpowiedzialności karnej**

Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym oświadczeniu dane i informacje są zgodne z rzeczywistością oraz zdaję sobie sprawę z odpowiedzialności prawnej z tytułu podania nieprawdziwych danych.

AWF Warszawa, dnia ...................... ....................................

*podpis*