

OŚWIADCZENIE DOROSŁYCH CZŁONKÓW CHÓRU

Ja,
(imię i nazwisko)

oświadczam, iż według mojej najlepszej wiedzy w okresie ostatnich 14 dni poprzedzających złożenie niniejszego oświadczenia nie byłam chora/nie byłem chory na COVID-19, nie miałam/miałem kontaktu z osobą chorą na COVID-19, nie przebywałam/przebywałem na kwarantannie oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywał na kwarantannie, nie przejawiał widocznych oznak choroby. Mój stan zdrowia jest dobry, nie przejawiam żadnych oznak chorobowych np.: podwyższona temperatura, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe.

Jednocześnie oświadczam, że:

- zapoznałam/em się z „Procedurą Bezpieczeństwa w miejscu prób Chóru Alla Polacca oraz Chóru Mieszanego RozścieWawa w okresie pandemii” i zobowiązuje się do jej przestrzegania;
- zobowiązuję się do uczestnictwa w próbach Chóru Alla Polacca tylko i wyłącznie w stanie zdrowym, bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała oraz do natychmiastowego opuszczenia miejsca prób w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie trwania prób Chóru Alla Polacca;
- przyjmuję do wiadomości i akceptuję, iż w sytuacji widocznych oznak choroby nie zostanę w danym dniu przyjęta/przyjęty na próbę Chóru Alla Polacca;
- wyrażam zgodę na dokonywanie codziennego pomiaru temperatury z wykorzystaniem termometru bezdotykowego;
- zobowiązuję się do poinformowania Dyrektora Chóru Alla Polacca o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej związanej z COVID-19 dotyczącej mojej osoby, mojego najbliższego otoczenia, w szczególności, gdy ja lub ktoś z mojego otoczenia zostanie objęty kwarantanną lub zachoruje na COVID-19.

Ponadto oświadczam, iż jestem świadoma/świadomy pełnej odpowiedzialności związanej z dobrowolnym uczestnictwem w próbach Chóru w aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz że w przypadku zarażenia się COVID-19 w trakcie prób Chóru Alla Polacca nie będę wносиła/wnosił skarg, zażaleń, pretensji, będąc całkowicie świadoma/świadomy zagrożenia epidemiologicznego.

.....
(czytelne podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

Miejscowość, data