**Prohlášení o neexistenci příznaků virového infekčního onemocnění COVID-19**

Jméno, příjmení a rok narození: …………………….………………………………………………

Adresa: …………………………………………………………………………………………………

Tel. číslo: ……………………………………………………………………………………………….

Atlet/trenér/organizátor…………………………………………………………………………………

Zaznamenali jste během posledních 14 dnů některý z následujících příznaků?
*(zaškrtněte správnou odpověď)*

1. Teplota vyšší než 37.5 °C ANO NE

2. Suchý kašel ANO NE

3. Bolest v krku ANO NE

4. Náhlý nástup dušnosti ANO NE

5. Náhlé zvracení nebo průjem ANO NE

6. Náhlý nástup bolesti kloubů nebo svalů ANO NE

7. Únava bez známé příčiny ANO NE

8. Setkali jste se v posledních 14 dnech s osobou
s podezřením na COVID-19 nebo osobou ANO NE
pozitivně testovanou na COVID-19?

9. Je někdo ve vaší domácnosti v karanténě? ANO NE

Podpis : ................................................... Datum: 23.5.2021

**Já výše podepsaná svým podpisem potvrzuji pravdivost předložených údajů. Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé!**

**VYPLNÍ ORGANIZÁTOR**

Datum testu: ................................................................... Výsledek testu:.................................................................