

**PODMÍNKY ÚČASTI**

**na Krajské základní soutěži žactva - 2.kolo, Drop Cup 2021, oblast východ,**

**dne 26.06.2021**

**v souvislosti s ochrannou proti dalšímu šíření onemocnění COVID-19**

Na základě mimořádného opatření MZČR č.j. MZDR 14601/2021-16-MIN/KAN a závazných hygienicko‐protiepidemických podmínek pro konání významných sportovních, se mohou účastnit akce přihlášení sportovci, trenéři, rozhodčí a realizační pracovníci, kteří splní následující hygienické podmínky:

* Osoba absolvovala nejdéle před 7 dny PCR test – negativní (doloženo certifikátem)
* Osoba absolvovala nejdéle před 72 hodinami antigenní test – negativní (doloženo certifikátem)
* Osoba byla očkována první dávkou nejméně před 22 dny, ale ne více než 90 dny (doloženo certifikátem)
* Osoba má dokončené očkování nejméně před 14 dny, ale ne více než 9 měsíců (doloženo certifikátem)
* Osoba prodělala onemocnění covod-19 a neuplynulo více jak 180 dní. (doloženo lékařským potvrzením nebo certifikátem)
* Pro všechny účastníky, vyjma prostorů u bazénu, bude povinnost nosit předepsanou ochranu nosu a úst v celém objektu.

Při prezentaci bude předán SELFREPORTING FORMULÁŘ, řádně vyplněný a podepsaný (formulář na další straně). Veškeré testy, případně datum očkování nebo datum prodělání nemoci je nutno doložit certifikátem.

**SELFREPORTING FORMULÁŘ**

**Screeningový dotazník** pro osoby vstupující do plaveckého areálu Městský bazén Mladá Boleslav, Na Celně 1456, 293 01 Mladá Boleslav, zpracovaný v návaznosti na stanovení závazných hygienicko‐protiepidemických podmínek pro konání významných sportovních akcí. Formulář se vyplňuje všemi osobami vstupujícími do dispozic areálu a odevzdává se osobě pověřené organizátorem akce.

Jméno: …………………………... Příjmení: ………………………………………….

Datum narození: ………………. Adresa: ……………………………………………………………………………………

**Účel účasti vstupu:**

**Krajská základní soutěž žactva - 2.kolo, Drop Cup 2021, oblast východ, 26.06.2021**

**Typické příznaky onemocnění COVID‐19:**

Pozoroval/-a jste na sobě během uplynulých 14 ti‐dnů, nebo od posledního vyplnění tohoto formuláře některý z následujících typických příznaků onemocnění COVID‐19:

*(nehodící se škrtněte):*

*Zvýšená teplota nebo horečka, suchý kašel, zvýšená únava, produkce sputa (hlen z dýchacích cest), dušnost, bolesti krku, bolesti svalů a kloubů, bolesti hlavy, třesavka, ztráta čichu, ztráta chuti, pocit na zvracení, zvracení, ucpání nosu, průjem, hemoptýza (vykašlávání krve), překrvení spojivky.*

V případě výskytu výše uvedených příznaků je třeba ihned telefonicky kontaktovat ošetřujícího lékaře a místně příslušný orgán ochrany veřejného zdraví a do doby vyšetření lékařem zůstat v izolaci.

Vybranou variantu zakroužkujte:

1. datum absolvování posledního vyšetření na stanovení přítomnosti viru SARSCoV‐2 metodou RT‐PCR / POC test (antigen): s výsledkem: negativní / pozitivní *(nehodící se škrtněte):* …………………………………
2. datum očkování 1. dávkou: ……………………..
3. datum očkování 2. dávkou: ……………………..
4. datum prodělání onemocnění: ………………………………………
5. V případě samotestování, čestně prohlašuji, že výše jmenovaný/-á byl/-a testován/-a v posledních 72 hodinách testován na COVID-19 s negativním výsledkem.

datum samotestu: …………………….. podpis zákonného zástupce: …………………….

Veškeré testy, případně datum očkování nebo datum prodělání nemoci je nutno doložit certifikátem.

V …………………………………… dne: …………………….. Podpis: …………………………………………