SZÜLŐI/KÍSÉRŐI NYILATKOZAT

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A versenyző/szülő/kísérő adatai:** | | | | | | |
| Versenyző neve: |  | | | | Egyesület: |  |
| Születési hely |  | Születési idő: | |  | | |
| Lakcím: |  | | | | | |
| Szülő/gondviselő  neve: |  | | | | | |
| Lakcím: |  | | | | | |
| E-mail cím: |  | | Telefon | szám: |  | |

Fent nevezett szülő/gondviselő/kísérő (törvényes képviselő) ezen nyilatkozatommal igazolom, hogy fent nevezett gyermek, jelen nyilatkozatom megtételekor, a Felnőtt Light-contact és Kick-light Országos Bajnokság látogatására alkalmas, megfelelő egészségi állapotban van.(2020.11.05.)

Nyilatkozom továbbá arról, hogy a gyermeken **NEM észlelhetőek** az alábbi tünetek:

* láz, fáradtság, száraz köhögés, izomfájdalom, orrdugulás, orrfolyás, torokfájás, hasmenés, légszomj

Nyilatkozom, hogy a kick-box verseny kezdő időpontját megelőző 2 héten belül:

* sem a gyermekem, sem én, sem a vele egy háztartásban élők nem tartózkodtak az Országos Tisztifőorvos határozatában szereplő, és a *koronavírus.gov.hu* oldalon piros és sárga jelzéssel ellátott, súlyos és kevésbe súlyos fertőzöttséggel jelölt országokban (Bosznia-Hercegovina, Montenegró, Albánia, Koszovó, Észak-Macedónia, Szerbia, Románia, Bulgária, Törökország, Moldova, Ukrajna,

Fehéroroszország, Oroszországi Föderáció, Svédország, Norvégia, Nagy-Britannia, Spanyolország, Amerikai Egyesült Államok),

* nem estek járványügyi megfigyelés alá,
* nem részesültek orvosi ellátásban COVID-19/koronavírus miatt,
* valamint az elmúlt 14 nap során a gyermekkel egy háztartásban élők nem kerültek kapcsolatba olyan személlyel, akinél beigazolódott a COVID-19/koronavírus fertőzés gyanúja.

Kijelentem, nyilatkozom továbbá arról, hogy

* megismertem, és betartatom a kick-box verseny versenykiírásában leírt a koronavírus járványveszély miatt alkalmazandó óvintézkedéseit
* amennyiben, közvetlenül a versenyt követően a felsorolt tüneteket észlelem, azt haladéktalanul jelzem a verseny rendezője illetve a Szövetség felé.

Dátum:

szülő/gondviselő/kísérő aláírás