

O Ś W I A D C Z E N I E

(wypełnia uczestnik pełnoletni)

Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję:

„Regulamin organizacji zajęć/warsztatów w Domu Kultury Stare Babice oraz na Sali Widowiskowej w stanie zagrożenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2”

Oświadczam, że znane są mi czynniki ryzyka w związku z zagrożeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz ponoszę pełną odpowiedzialność za podjętą decyzję związaną z moim uczestnictwem w zajęciach/warsztatach stacjonarnych.

Oświadczam, że jestem zdrow-a/-y, nie występują u mnie żadne objawy chorobowe lub oznaki infekcji i w ostatnim czasie nie miał-am/-em styczności z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2.

.....
(imię i nazwisko pełnoletniego uczestnika)

.....
(podpis pełnoletniego uczestnika)