



**OLSZTYŃSKI KLUB MOTOROWY**  
**im. Mariana Bublewicza**  
 10-550 Olsztyn ul. Mickiewicza 9A/1  
 Tel. +48 501 177 440 e-mail: [kontakt@okm.org.pl](mailto:kontakt@okm.org.pl)  
 NIP 739-13-11-698 REGON 510542410 KRS  
 0000206578

## Ankieta wstępnej kwalifikacji uczestnika imprezy OKM.

Imię i nazwisko uczestnika: .....

Zaznacz znakiem "X" właściwą odpowiedź:	TAK	NIE
<b>Czy ma Pan/ Pani jakiegokolwiek objawy infekcji:</b>		
Katar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaszel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jaki? .....	
<b>Czy ktokolwiek z domowników miał objawy infekcji w ciągu ostatnich 14 dni?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wynik pomiaru temperatury</b>		
Do 37,3 C	<input type="checkbox"/>	(wartość) .....
Powyżej 37.3 C	<input type="checkbox"/>	(wartość) .....
<b>Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywał Pan/Pani za granicą?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, to podać w jakim kraju:	.....	
<b>Czy miał Pan/Pani kontakt z osobą która w ciągu ostatnich 14 dni wróciła z zagranicy?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy jest Pan/Pani objęty/a kwarantanną?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis