



Δελτίο καταγραφής αθλούμενου για την ασφαλή επιστροφή στην αθλητική δραστηριότητα

Ημερομηνία:/...../.....

Επώνυμο:..... Όνομα:.....

Πατρώνυμο:..... Ημερομηνία Γέννησης:/...../.....

1. Έχετε νοσήσει από COVID-19 (νοσηλεία στο νοσοκομείο ή στο σπίτι);

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν έχετε νοσήσει θα πρέπει να επισκεφτείτε καρδιολόγο για βεβαίωση άθλησης.

2. Είχατε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα τις τελευταίες 14 ημέρες;

πυρετό
βήχα
αίσθημα κόπωσης
μυαλγίες / αρθραλγίες (πόνος στους μύες και στις αρθρώσεις)

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν έχετε συμπτώματα θα πρέπει να αποφύγετε την άσκηση για τουλάχιστον 14 ημέρες

3. Έχετε έρθει σε επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις προηγούμενες 14 ημέρες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι δεν θα πρέπει να αθληθείτε εντατικά για 14 ημέρες από την τελευταία επαφή.

Έχω απαντήσει σε όλα ΟΧΙ και έχω ενημερωθεί για τα μέτρα πρόληψης και προστασίας και για τους κινδύνους υγείας που μπορεί να προκαλέσει ο κορωνοϊός (COVID-19).

Ο/Η Δηλ....

.....
(Υπογραφή)



Ημερομηνία:

Κατάλογος εισερχομένων-εξερχομένων στην αθλητική εγκατάσταση για ενδεχόμενο γνηλάτισης επαφών λόγω COVID-19

#	Όνοματεπώνυμο	Ιδιότητα	Διεύθυνση κατοικίας	e-mail	Κινητό τηλ.	Όρα εισόδου	Συμπτώματα*	Υπογραφή	Όρα εξόδου
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
0									

* Προσδιορίστε αν έχετε κάποιο σύμπτωμα από τα επόμενα: Πυρετός, Βήχας, Δύσπνοια, Πονόλαιμος, Κόπωση/Μυαλγία, Διάρροια, Ανοσμία με ένα "ΝΑΙ", αλλιώς σημειώστε "ΟΧΙ"