



**Έντυπο ιατρικού ιστορικού για αθλούμενους/ες και τεχνικό προσωπικό για
την ασφαλή επιστροφή στην αθλητική δραστηριότητα**

Ημερομηνία:/...../.....

Όνοματεπώνυμο:

Στοιχεία επικοινωνίας: e-mail.....

Κινητό τηλέφωνο:

1. Έχετε νοσήσει από COVID-19 λοίμωξη (νοσηλεία στο νοσοκομείο ή κατ'οίκον);

ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Είχατε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα συμβατά με COVID-19 λοίμωξη τις
τελευταίες 14 ημέρες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

- πυρετό
- βήχα
- αίσθημα κόπωσης
- μυαλγίες

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

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο/Η Δηλ.....

.....
(Υπογραφή)

*Για την είσοδο στην αθλητική εγκατάσταση απαιτείται η **προσκόμιση της ιατρικής βεβαίωσης** από τον ιατρό που εξέτασε τον αθλούμενο/η ή το τεχνικό προσωπικό, μετά τη συμπλήρωση του παρόντος.