

Δελτίο καταγραφής αλλαγών 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;

μυρτίο

βήχα

αίσθημα κόπωσης

μυαλγίες / αρθραλγίες (μόνο στους μύς και στις αρθρώσεις)

ΝΑΙ ΟΧΙ

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

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

ΝΑΙ ΟΧΙ

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

OXI 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)