



Κολυμβητική
Ομοσπονδία
Ελλάδας

Hellenic
Swimming
Federation

swimming
κολύμβηση

water polo
υδατοσφαίριση

synchro
συγχρονισμένη

diving
καταδύσεις

finswimming
τεχνική κολύμβηση

open water
μεγάλες αποστάσεις

Λεωφόρος
Συγγρού 137
17121 Νέα Σμύρνη

Τηλ. 210 98 51 020
Fax. 210 98 50 964

137, Syngrou
Avenue
17121 Nea Smirni

Tel. 30 210 98 51 020
Fax. 30 210 98 50 964

e-mail: info@koe.org.gr
www.koe.org.gr

Αριθμ. Πρωτ.: 2586/Ε
Αθήνα, 10 Ιουλίου 2020

Προς
ΣΩΜΑΤΕΙΑ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΚΟΛΥΜΒΗΣΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

Κύριε Πρόεδρε,

Σε συνέχεια των ανακοινώσεων μας σχετικά με την διεξαγωγή των Πανελληνίων Πρωταθλημάτων Τεχνικής Κολύμβησης αγωνιστικής περιόδου 2019–2020, σας γνωστοποιούμε επιπλέον και τα εξής:

Η Κ.Ο.Ε., σύμφωνα με την από 22/05/2020 ειδική προκήρυξη και σύμφωνα με τα υγειονομικά πρωτόκολλα (<https://koe.org.gr/article/igeionomiko-protokollo-agonon-technikis-kolimvisis-entipa-formes-gia-simplirosi>), που απαρέγκλιτα πρέπει να τηρούνται και με γνώμονα την διευκόλυνση των Σωματείων στις ιδιαίτερες και αναγκαίες για την υγεία όλων συνθήκες τέλεσης αυτών των πρωταθλημάτων γνωστοποιούμε τα εξής:

- Β. Ελλάδος (01– 04/08/2020): Ποσειδώνιο Κολυμβητήριο,
- Ν. Ελλάδος (06 – 09/08/2020): Δημοτικό Κολυμβητήριο Χαϊδαρίου,
- Κρήτης & Αιγαίου (10-13/08/2020): Κολυμβητήριο Χανίων & Ιωνικό κολυμβητήριο αντίστοιχα.

Η κάθε περιφέρεια θα εφαρμόσει το ίδιο αγωνιστικό πρόγραμμα, με αγωνόδοικο επιτροπή κριτών, κατόπιν εγκρίσεως από την ΚΟΕ, η οποία θα πρέπει να αποσταλεί το συντομότερο.

Το ωρολόγιο πρόγραμμα θα διαμορφωθεί ανάλογα με τις δηλώσεις συμμετοχής, καθώς στον χώρο της πισίνας επιβάλλεται να βρίσκονται αποκλειστικά και μόνο οι αθλητές που αγωνίζονται και ο συνολικός τους αριθμός δεν θα υπερβαίνει τους 12 ανά διαδρομή ταυτόχρονα.

Οι δηλώσεις συμμετοχής (ατομικά & ομαδικά αγωνίσματα), για όλες τις Περιφέρειες, θα πρέπει να κατατεθούν έως 20/07/2020 στην ΚΟΕ (Email: swimming@koe.org.gr)

./.

Τέλος θα πρέπει να συμπληρωθούν τα παρακάτω έντυπα σύμφωνα με τις οδηγίες:

ΕΝΤΥΠΟ 1 (Δελτίο καταγραφής αθλουμένου, για την ασφαλή επιστροφή στην αθλητική δραστηριότητα):

Συμπληρώνεται από όλους όσους συμμετέχουν στους αγώνες: αθλητές, προπονητές, κριτές, παράγοντες για μία μόνο φορά και παραδίδεται στην είσοδο της εγκατάστασης, την πρώτη αγωνιστική ενότητα.

ΕΝΤΥΠΟ 2 (Ιατρική Βεβαίωση):

Οι ιατρικές βεβαιώσεις των κολυμβητών – τριων και προπονητών – τριων τις καταθέτει το κάθε σωματείο όλες μαζί σε φάκελο στην είσοδο της εγκατάστασης την πρώτη αγωνιστική ενότητα.

ΕΝΤΥΠΟ 3 (Κατάλογος εισερχομένων – εξερχομένων στην αθλητική εγκατάσταση):

Συμπληρώνεται και κατατίθεται κάθε ημέρα από το κάθε σωματείο πριν από την είσοδο στην εγκατάσταση σε κάθε αγωνιστική ενότητα.

Για το Δ.Σ.

Ο Γενικός Γραμματέας



ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΑΡΑΚΑΤΣΑΝΗΣ



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 μυς 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)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι ιατρός.....

εξέτασε τον/τηντου.....

με ημερομηνία γέννησης....., παρέλαβε το έντυπο ιατρικού
ιστορικού που συμπλήρωσε ο εξεταζόμενος και βεβαιώνει ότι κατά την ημέρα της
κλινικής εξέτασης/...../2020 δεν εμφάνισε συμπτώματα πυρετού, βήχα,
δύσπνοιας, πονόλαιμου, κόπωσης, μυαλγίας, ανοσμίας.

Η παρούσα εκδίδεται για την είσοδο σε αθλητικές εγκαταστάσεις.

Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού

.....

*Το έντυπο του σχετικού ιατρικού ιστορικού τηρείται στο ιατρείο του υπογράφοντος

Ημερομηνία:

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

#	Ονοματεπώνυμο	Ιδιότητα	Διεύθυνση κατοικίας	e-mail	Κινητό τηλ.	Ώρα εισόδου	Συμπτώματα	Υπογραφή**	Ώρα 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"

** Η υπογραφή βεβαιώνει ότι τα στοιχεία είναι αληθή και υποδηλώνει την αποδοχή και τήρηση των όρων χρήσης της εγκατάστασης όπως έχουν τεθεί από την Πολιτεία και τους αρμόδιους φορείς για την τρέχουσα περίοδο