

<p>ΕΝΤΥΠΟ 1 :</p> <p>Δελτίο καταγραφής αθλούμενου για την ασφαλή επιστροφή στην αθλητική δραστηριότητα</p>	<p>Συμπληρώνεται από όλους που θα συμμετάσχουν στους αγώνες: αθλητές, προπονητές, κριτές, παράγοντες για μία μόνο φορά και παραδίδεται στην είσοδο της εγκατάστασης, την πρώτη αγωνιστική ενότητα</p>
<p>ΕΝΤΥΠΟ 2:</p> <p>Ιατρική βεβαίωση</p>	<p>Οι ιατρικές βεβαιώσεις των κολυμβητών-τριών και προπονητών-τριών τις καταθέτει το κάθε σωματείο όλες μαζί σε φάκελο στην είσοδο της εγκατάστασης την πρώτη αγωνιστική ενότητα</p>
<p>ΕΝΤΥΠΟ 3:</p> <p>Κατάλογος εισερχομένων – εξερχομένων στην αθλητική εγκατάσταση</p>	<p>Συμπληρώνεται και κατατίθεται κάθε ημέρα από το κάθε σωματείο πριν από την είσοδο στην εγκατάσταση σε κάθε αγωνιστική ενότητα.</p>



# 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)



## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Ο/Η κάτωθι ιατρός.....

εξέτασε τον/την .....του.....

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

#	Όνοματεπώνυμο	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