



Κολυμβητική
Ομοσπονδία
Ελλάδας

Hellenic
Swimming
Federation

swimming
κολύμβηση

water polo
υδατοσφαίριση

synchro
συγχρονισμένη

diving
καταδύσεις

finswimming
τεχνική κολύμβηση

open water
μεγάλες αποστάσεις

Αθήνα, 12/10/2020

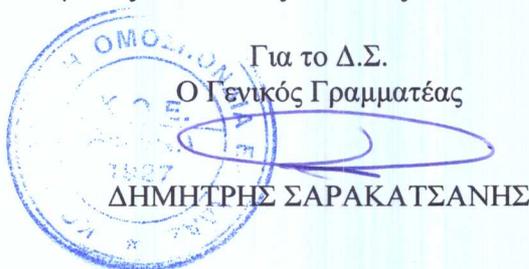
Αριθμ.πρωτ... 42571Ε

Προς:
**Συμμετέχοντα Σωματεία στην ημερίδα
Ορίων Χειμερινών αγώνων.**

Κύριε Πρόεδρε,

Για την επικείμενη διεξαγωγή της ημερίδας ορίων Χειμερινών αγώνων, σας υπενθυμίζουμε ότι ισχύει:

1. Τα σωματεία που θα συμμετάσχουν στους πιο πάνω αγώνες, πριν από την είσοδό τους στην εγκατάσταση, θα πρέπει να καταθέσουν σε ξεχωριστό, επικαιροποιημένο
α. το Δελτίο Καταγραφής Αθλούμενου (για κολυμβητές-τριες, προπονητές και παράγοντες)
β. την Ιατρική Βεβαίωση των κολυμβητών-τριών και προπονητών που θα συμμετάσχουν
 2. Σε κάθε αγωνιστική ενότητα το έντυπο εισερχομένων-εξερχομένων κολυμβητών-προπονητών-παραγόντων που μετέχουν στην συγκεκριμένη αγωνιστική ενότητα.
 3. Η χρήση της μάσκας είναι υποχρεωτική για όλους, τόσο κατά την είσοδό τους στην εγκατάσταση, όσο και σε όλη τη διάρκεια της παραμονής τους σε αυτήν. Οι κολυμβητές-τριες θα την βγάλουν μόνο κατά τη διάρκεια της προθέρμανσης και λίγο πριν σταθούν πίσω από τον βατήρα αναμένοντας την εκκίνηση του αγώνισματος.
 4. Τέλος και το πιο σημαντικό είναι ότι όλοι όσοι είναι σε αναμονή να καθίσουν μόνο στα καθίσματα που επιτρέπεται. Το ίδιο ισχύει και για τους προπονητές οι οποίοι δεν πρέπει να περιφέρονται και να συγκεντρώνουν τους κολυμβητές-τριες δίπλα τους και να μην τους προτρέπουν να επιστρέψουν σε αυτούς μετά το αγώνισμά τους.
- Απευθύνουμε έκκληση σε όλους για την τήρηση των πιο πάνω κανόνων, ιδιαίτερα αυτόν για τις αποστάσεις, ο οποίος είναι και ο δυσκολότερος.



Για το Δ.Σ.
Ο Γενικός Γραμματέας

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΑΡΑΚΑΤΣΑΝΗΣ

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



Ημερομηνία:

Κατάλογος εισερχομένων-εξερχομένων στην αθλητική εγκατάσταση για ενδεχόμενο ιχνηλάτησης 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"
** 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



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/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