



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... 290017
Αθήνα 30 Ιουλίου 2020

Προς
Σωματεία που προετοιμάζονται
στη Θάλασσα

Κύριε Πρόεδρε,

Το Δ.Σ της ΚΟΕ στην υπ' αριθμ.:54 από 29/7/2020 συνεδρίαση του αποφάσισε να διεξαχθεί το Παμπεριφερειακό Πρωτάθλημα Συλλόγων που προετοιμάζονται στη Θάλασσα στις 29-30/8/2020 στο Δημοτικό κολυμβητήριο του Δήμου Καρπενησίου, κάνοντας αποδεκτό το αίτημα της Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας Περιφερειακή Ενότητα Ευρυτανίας για την ανάληψη της διεξαγωγής των εν λόγω αγώνων σε συνδιοργάνωση.

Οι πιο πάνω αγώνες θα διεξαχθούν σύμφωνα με το υγειονομικό πρωτόκολλο που έχει εγκριθεί από την υγειονομική υπηρεσία της Γενικής γραμματείας Αθλητισμού. Το εν λόγω Πρωτάθλημα είναι αναρτημένο στο site της Ομοσπονδίας Κολύμβηση-Εγκύκλιοι. Σύμφωνα με αυτό πρέπει οι συμμετέχοντες σ' αυτό θα πρέπει να υποβάλουν όλα τα σωματεία φάκελο ο οποίος θα περιέχει συμπληρωμένα τα πιο κάτω έντυπα πριν την είσοδό τους στο κολυμβητήριο.

1) Το Δελτίο καταγραφής αθλούμενου για την ασφαλή αθλητική δραστηριότητα συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από όλα τα άτομα των σωματείων που συμμετέχουν στους αγώνες Αθλητές, Προπονητές και Παράγοντες.
2) Την Ιατρική βεβαίωση συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη από όλους τους κολυμβητές-τριες και προπονητές του κάθε σωματείου.

3) Τον κατάλογο των εισερχομένων-εξερχομένων στην αθλητική εγκατάσταση συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από όλα τα άτομα του κάθε σωματείου.
Αυτό θα παραδίνεται πριν την είσοδο στο κολυμβητήριο για την κάθε αγωνιστική ενότητα αναγράφοντας όλα τα ονόματα αυτών που συμμετέχουν στην συγκεκριμένη αγωνιστική ενότητα.
Επί πλέον μαζί με τις δηλώσεις συμμετοχής των κολυμβητών-τριων θα υποβάλλεται ονομαστική κατάσταση των προπονητών και παραγόντων που συνοδεύουν την ομάδα. Επισημαίνεται ότι δεν θα επιτραπεί η είσοδος στο κολυμβητήριο σε οποιονδήποτε από το σωματείο που δεν θα έχει καταθέσει αυτά τα έγγραφα.

arena® 
ΕΠΙΣΗΜΟΣ ΧΟΡΗΓΟΣ

Οι αγώνες θα διεξαχθούν σύμφωνα με το πρόγραμμα που υπάρχει στην προκήρυξη των αγώνων Κολύμβησης για το 2020.
Οι δηλώσεις συμμετοχής ως 18/8/2020 και ώρα: 14:00 στα γραφεία της ΚΟΕ.

Για το Δ.Σ
Ο Γενικός Γραμματέας
Κ.Ο.Ε.
ΑΘΗΝΑ
1927
Δημήτρης Σαρακατσάνης





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

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