



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)