

Koronavírus fertőzés nyilatkozat

Kérjük, az alábbi kérdőívet alaposan olvassa el és a legjobb tudása szerint, mások egészsége és testi épsége érdekében töltse ki!

Szülő vagy gondviselő neve:

Sportoló neve:

Sportoló születési dátuma:

A fentnevezett sportoló:

Az elmúlt 2 hétben volt lázas? Igen Nem

Az elmúlt 2 hétben volt-e köhögése vagy egyéb légúti tünete? Igen Nem

Az elmúlt 2 hétben érzett-e gyengeséget, végtagfájdalmat vagy egyéb influenza szerű tünetet? Igen Nem

Tud-e arról, hogy COVID-19 fertőzött lenne? Találkozott-e igazolt COVID-19 fertőzött személlyel? Igen Nem

Találkozott-e olyan személlyel, aki házikaranténban van? Igen Nem

Tapasztalja-e a következők valamelyikét?

- Hasmenés Igen Nem
- Szaglás zavar Igen Nem
- Ízérzés zavar Igen Nem
- Bőrön megjelent új foltok (főleg lábfej) Igen Nem

Járt-e az elmúlt 2 hétben külföldön? Igen Nem

Kijelentem, hogy a kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek!

Veszprém, 2021. július 05.

Szülő vagy Gondviselő aláírása