

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? Igen, Nem

Találkozott-e igazolt COVID-19 fertőzött személlyel? Igen, Nem

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

Járt-e az elmúlt 2 hétben külföldön? Igen, Nem

Tapasztalja-e a következők valamelyikét?

- Szaglászavar Igen, Nem
- Ízérvész zavar Igen, Nem
- Bőrön megjelent új foltok (főleg lábfej) Igen, Nem
- Hasmenés Igen, Nem

Kijelentem, hogy a kérdésekre adott válaszok, a valóságnak megfelelnek!

Veszprém, 2023. július 03.

Szülő vagy Gondviselő aláírása