

**Έντυπο ιατρικού ιστορικού αθλούμενου/ης και τεχνικού προσωπικού για
την ασφαλή επιστροφή στην αθλητική δραστηριότητα**

Ημερομηνία:/...../.....

Ονοματεπώνυμο:

Στοιχεία επικοινωνίας: e-mail.....

Κινητό τηλέφωνο:

1. Έχετε νοσήσει από COVID-19 λοίμωξη (νοσηλεία στο νοσοκομείο ή κατ'οίκον);

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

2. Είχατε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα συμβατά με COVID-19 λοίμωξη
τις τελευταίες 14 ημέρες;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

- πυρετό
- βήχα
- αίσθημα κόπωσης
- μυαλγίες

3. Έχετε έρθει σε επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις
προηγούμενες 14 ημέρες;

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Ο/Η Δηλ.....

.....
(Υπογραφή)

***Για την είσοδο στην αθλητική εγκατάσταση απαιτείται η προσκόμιση της ιατρικής
βεβαίωσης από τον ιατρό που εξέτασε τον αθλούμενο, μετά τη συμπλήρωση του παρόντος.**