

Koronavírus fertőzés nyilatkozat

Kérjük az alábbi kérdőívet gondosan olvassák el és legjobb tudásuk szerint, mások egészsége és testi épsége érdekében töltse ki!

Szülő/gondviselő neve:

Sportoló neve:

Sportoló születési dátuma:

Az elmúlt 2 hétben volt bármikor lázas?	IGEN	NEM
Az elmúlt két hétben volt-e köhögése vagy egyéb léguti tünete?	IGEN	NEM
Az elmúlt két hétben érzett-e gyengeséget, végtagfájdalmat vagy egyéb influenzaszerű tünetet?	IGEN	NEM
Tud-e arról, hogy COVID-19 fertőzött lenne?	IGEN	NEM
Találkozott-e igazolt COVID-19 fertőzött személlyel?	IGEN	NEM
Találkozott-e olyanval, aki házikaranténban van?	IGEN	NEM
Tapasztalja-e a következő valamelyikét?		
Hasmenés:	IGEN	NEM
Szaglászavar:	IGEN	NEM
Ízérzészavar:	IGEN	NEM
Bőrön megjelent új foltok (főleg lábfej):	IGEN	NEM
Járt-e az elmúlt 2 hétben külföldön?	IGEN	NEM

Kijelentjük, hogy a kérdésekre adott válaszaink a valóságnak megfelelnek.

Budaörs, 2020.

.....