



# Δελτίο καταγραφής αθλούμενου για την ασφαλή επιστροφή στην αθλητική δραστηριότητα

Ημερομηνία: ...../...../.....

Επώνυμο:.....Όνομα:.....

Πατρώνυμο:..... Ημερομηνία Γέννησης: ...../...../.....

1. Έχει νοσήσει από COVID-19 (νοσηλεία στο νοσοκομείο ή στο σπίτι);

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Εάν έχει νοσήσει θα πρέπει να επισκεφτεί καρδιολόγο για βεβαίωση άθλησης.

2. Είχε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα τις τελευταίες 14 ημέρες;

πυρετό  
βήχα  
αίσθημα κόπωσης  
μυαλγίες / αρθραλγίες (πόνος στους μύες και στις αρθρώσεις)

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Εάν έχει συμπτώματα θα πρέπει να αποφύγει την άσκηση για τουλάχιστον 14 ημέρες

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

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Εάν ναι δεν θα πρέπει να αθληθεί 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 Γονέας / Κηδεμόνας

.....  
(Υπογραφή)