



VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU

IME IN PRIIMEK : _____

KONTAKT: _____

DATUM: _____

Prosimo vas, da zaradi zagotavljanja varne vadbe odgovorite na spodnja vprašanja.

Ali ste prehlajeni? **da ne**

Ali imate povišano telesno temperaturo? **da ne**

Ali kašljate? **da ne**

Vas boli v žrelu, grlu, mišicah? **da ne**

Ste bili v zadnjih 14. dneh v stiku s potencialno okuženimi svojci, sodelavci, sostanovalci ali z nekom,

ki je imel zgornje težave oz je možno, da bi bil okužen? **da ne**

V kolikor ste na katero od zgornjih vprašanj odgovorili z da, vam žal ne moremo omogočiti udeležbe na športnih aktivnostih, saj ste lahko potencialno okuženi in s tem ogrožate zdravje zaposlenih ter ostalih udeležencev.

S svojim podpisom zagotavljam, da so podatki resnični in da nimam zgoraj naštetih zdravstvenih težav. S podpisom tudi izjavljam, da sem seznanjen s tveganjem in da bom upošteval-a vsa navodila in ukrepe, za varno vadbo.

Podpis odgovorne osebe

Podpis stranke