

Pre triage kérdőív /egészségügyi nyilatkozat/

Név:

Egyesület neve:

- | | |
|---|----------|
| 1. Volt-e az elmúlt hónapban 38°C fölötti lázzal járó légúti megbetegedése? | Igen/Nem |
| 2. Járt-e az elmúlt 2 hétben külföldön? | Igen/Nem |
| 3. Volt-e szoros kapcsolatban igazolt koronavírus fertőzött beteggel? | Igen/Nem |
| 4. Feküdt-e az elmúlt egy hónapban kórházban? | Igen/Nem |
| 5. Volt-e SARS CoV-2 koronavírus PCR vizsgálata? | Igen/Nem |

Ha igen, mikor, milyen eredménnyel?

Dátum:

.....

aláírás

.....

aláírás/kiskorú esetén törvényes képviselő

A versenyen való részvétel feltétele, a nyilatkozat pontos kitöltése, aláírása és időben történő leadása!