

**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA
UDELEŽENCA, PRED PRIČETKOM TEKMOVANJA**

Ime in priimek (udeleženec tekmovanja): _____

Telefonska številka: _____

Kraj in datum tekmovanja: _____

	VPRAŠANJE (vsa vprašanja se nanašajo na obdobje preteklih 14 dni)	DA	NE
1.	Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5° C)?		
2.	Ali ste prehlajeni?		
3.	Ali kašljate?		
4.	Vas boli v grlu, žrelu?		
5.	Imate spremenjen okus ali vonj?		
6.	Imate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu?		
7.	Imate bolečine v mišicah?		
8.	Imate prebavne težave (drisko ali bruhanje)?		
9.	Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?		
10.	Ste imeli morda pozitiven bris na Covid-19?		
11.	Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom?		

V kolikor ste na katerokoli vprašanje odgovorili z DA, se pred udeležbo na tekmovanju, najprej posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulanto po telefonu.

Popolno izpolnjen vprašalnik je pogoj za udeležbo na tekmovanju in sestavni del tekmovalnega zapisnika.

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:

Podpis udeleženca tekmovanja