**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 37,5º 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 |