



استبيان صحة فيروس كوفيد-19 (*)

الاسم الأول _____ الكنية _____

الاتحاد الوطني / النادي _____

من فضلك ، اشطب الخانة : مسؤول آخر | حكم / قاضي | كيك بوكسر

الفئة العمرية: _____ انضباط الكيك بوكسينغ : _____

البريد الإلكتروني: _____ رقم الهاتف : _____

هل عانيت من أي من الأعراض التالية في آخر 14 يوماً؟

لا	نعم	
		درجة حرارة الجسم ≤ 37.5 درجة مئوية
		سعال جاف
		إحتقان بالأنف
		إلتهاب الحلق
		صعوبة في التنفس
		صداع الرأس
		التهاب الملتحمة
		أوجاع وآلام في العضلات
		الإسهال أو القيء
		فقدان حاسة التذوق و / أو الشم
		التعب بدون سبب معروف
		طفح جلدي على الجلد أو تغير لون أصابع اليدين أو القدمين
لا	نعم	
		هل كان لديك اتصال مغلق (في نطاق 1.5 متر لمدة 15 دقيقة أو أكثر بشكل تراكمي على مدار 24 ساعة) مع فرد مصاب بفيروس COVID-19 في آخر 14 يوماً؟

بالإضافة إلى ذلك ، أؤكد أنه في حالة إصابتي بـ COVID-19 ، فقد حصلت على تصريح طبي قبل استئناف التدريب ، موضحاً أنني لائق لممارسة رياضة الكيك بوكسينغ.

إعلان: "أقر بأنه ، وفقاً لللائحة (الاتحاد الأوروبي) (GDPR) 2016/679 ، أدرك أن البيانات التي تم جمعها من خلال هذا المستند ستتم معالجتها للأغراض الموضحة في إشعار خصوصية WAKO وأني قد أخذت رؤية هذا الأخير وفقاً للمادة 13 من اللائحة العامة لحماية البيانات".

التاريخ _____

توقيع الرياضي (أو الوالد / الوصي القانوني إذا كان دون السن القانونية)

* تسليم التسجيل في الموقع