

فرم معاینه و خود اظهاری پیش از فصل مسابقات استانی فوتبال سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰

نام و نام خانوادگی:	نام باشگاه:
سن:	شهر اقامت:
شماره موبایل:	وزن:
قد:	
دارای سابقه بیماری های زیر می باشم:	<input type="radio"/> مشکلات کلیه <input type="radio"/> بیماری ریوی مزمن <input type="radio"/> سابقه بدخیمی و مصرف داروهای ضعیف کننده سیستم ایمنی
<input type="radio"/> دیابت <input type="radio"/> بیماری قلبی عروقی <input type="radio"/> فشارخون	
سابقه ابتلا به ویروس کرونا: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	سابقه تماس اخیر با بیمار مبتلا یا مشکوک به کرونا در دو هفته اخیر داشته ام: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر
سابقه بروز علائم زیر در دو هفته اخیر داشته ام:	<input type="radio"/> تب و لرز <input type="radio"/> سردرد <input type="radio"/> سرفه <input type="radio"/> تنگی نفس <input type="radio"/> از دست دادن حس بویایی و چشایی <input type="radio"/> راش و علائم پوستی
<input type="radio"/> گلودرد <input type="radio"/> آبریزش بینی <input type="radio"/> بدن درد <input type="radio"/> ضعف، بی حالی و خستگی <input type="radio"/> اسهال <input type="radio"/> تهوع و استفراغ	
گواهی می شود آقای	کد ملی
توسط اینجانب	متخصص قلب و عروق به شماره
نظام پزشکی	در تاریخ معاینه شد.
فوتبال بازی کردن توسط نامبرده بلامانع است.	
مهر و امضا	اینجانب کد ملی
	اینجانب
	ولی بازیکن
	متعهد به
	موارد زیر می باشم:
	۱- کلیه اطلاعات فوق مورد تایید اینجانب می باشد.
	۲- اینجانب متعهد به رعایت تمامی پروتکل های ابلاغی از سوی ستاد مبارزه با کرونا در فوتبال و ستاد ملی مبارزه با کرونا می باشم.
	تاریخ و امضا
	*اینجانب
	مدیر عامل باشگاه
	ضمن تایید اطلاعات فوق متعهد به رعایت تمامی پروتکل های بهداشتی ابلاغی توسط ستاد مبارزه با کرونا در فوتبال و ستاد ملی مبارزه با کرونا می باشم.
	نام و نام خانوادگی:
	تاریخ و امضا: مهر باشگاه
	*این قسمت مخصوص بازیکنان زیر ۱۸ سال است