

فرم خود اظهاری روزانه فوتبال در شرایط کووید-۱۹

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:	سابقه تماس اخیر با بیمار مبتلا یا مشکوک به کرونا در ۲۴ ساعت گذشته داشته ام:
<input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بلی	<input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بلی
سابقه بروز علائم زیر در ۲۴ ساعت گذشته را 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	
تنها در صورت مثبت بودن تست کرونا یا ابتلا جهت بازگشت به فوتبال تکمیل شود	
گواهی می شود آقای	کد ملی
نظام پزشکی	در تاریخ
متخصص قلب و عروق به شماره	توسط اینجانب
	معاینه شد. فوتبال بازی کردن توسط نامبرده بلامانع است.
	مهر و امضا
اینجانب	کد ملی
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	