EVIDENČNI LIST ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA ŠPORTNIKA ALI STROKOVNE OSEBE PRED PRIČETKOM ŠPORTNE VADBE

univerzitetni klinični center ljubljana

Ime in priimek športnika ali strokovnega delavca: _____

Datum	Temperatura*	Nahod	Kašelj	Bolečine v žrelu, grlu	Nosni izcedek	Bolečina v mišicah	Slabo počutje	Spremenjen okus, voh	Doma kdo prehlajen, ima vročino	Kontakt COVID-19	Podpis športnika ali strokovnega delavca