Tekmovanje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tekma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek igralca ali uradne osebe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IZJAVA**

Izjavljam, da v obdobju zadnjih 14 dni nisem:

* imel povišane telesne temperature (nad 37°C merjeno na čelu),
* Imel znakov respiratornega infekta (kašelj, bolečine v grlu, žrelu, nahodni znaki, bolečine v mišicah),
* imel bolečin v trebuhu ali driske,
* bil v stiku z okuženim/potencialno okuženim bolnikom (oboleli svojci, člani skupnega gospodinjstva.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis igralca ali uradne osebe

(v primeru mladoletnega igralca ali uradne osebe, podpis zakonitega zastopnika)

*Opomba: Organizator tekme v skladu z navodilom hrani to izjavo do konca tekmovalnega leta. Po koncu tekmovalnega leta pa jo ustrezno uniči.*