



ZAGREBAČKO TJELOVJEŽBENO DRUŠTVO
„HRVATSKI SOKOL“



IZJAVA

Ja, _____, otac / majka / skrbnik
(upišite vaše ime i prezime) (zaokružite ili podcrtajte)

_____, člana ZTD „Hrvatski Sokol“ potvrđujem:

1. Moje dijete ne boluje od COVID-19 i nema simptoma te bolesti (povišena tjelesna temperatura, respiratorni problemi, kratki dah, opća slabost, bolovi u mišićima, suhi kašalj), nije bilo u kontaktu s osobom zaraženom SARS-CoV-2 te trenutno nije u samoizolaciji (u slučaju ranije samoizolacije navesti termin _____).
2. Nitko u našem kućanstvu ili našoj obitelji ne boluje od COVID-19 i nema simptoma te bolesti (povišena tjelesna temperatura, respiratorni problemi, kratki dah, opća slabost, bolovi u mišićima, suhi kašalj), nije bio u kontaktu s osobom zaraženom SARS-CoV-2 te trenutno nije u samoizolaciji (u slučaju ranije samoizolacije navesti termin _____).
3. Moje dijete dovođit će jedna, najviše dvije osobe koje će se pridržavati uputa HZJZ-a.
4. Ukoliko moje dijete za vrijeme treninga dobije simptome koji upućuju na mogućnost COVID-19 (povišena tjelesna temperatura, respiratorni problemi, kratki dah, opća slabost, bolovi u mišićima, suhi kašalj), izjavljujem da ću u najkraćem mogućem roku preuzeti svoje dijete te molim da me se kontaktira na mobilni telefon upisan u evidenciji ZTD „Hrvatski Sokol“ (u slučaju drugog broja upisati broj mobilnog telefona na crtu: _____).
5. Svojim potpisom potvrđujem da sam pročitao/la upute HZJZ za sprječavanje i suzbijanje epidemije COVID-19 i da sam upoznat/a s njihovim sadržajem i pristajem na njihovu primjenu.

U Zagrebu, _____

(potpis roditelja/skrbnika)