

فرم خود اظهاری روزانه ووشو در شرایط کووید - ۱۹

نام و نام خانوادگی:	نام باشگاه:
سن:	شهر اقامت:
شماره موبایل:	وزن:
دارای سابقه بیماری های زیر می باشم:	قد:
<input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی <input type="checkbox"/> فشارخون	<input type="checkbox"/> مشکلات کلیه <input type="checkbox"/> بیماری ریوی مزمن <input type="checkbox"/> سابقه بدخیمی و مصرف داروهای ضعیف کننده سیستم ایمنی
سابقه ابتلا به ویروس کرونا: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	سابقه تماس اخیر با بیمار مبتلا یا مشکوک به کرونا در ۲۴ ساعت گذشته داشته ام: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
سابقه بروز علائم زیر در ۲۴ ساعت گذشته را داشته ام:	<input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> از دست دادن حس بویایی و چشایی <input type="checkbox"/> راش و علائم پوستی
<input type="checkbox"/> گلودرد <input type="checkbox"/> آبریزش بینی <input type="checkbox"/> بدن درد <input type="checkbox"/> ضعف، بی حالی و خستگی <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ	
تنها در صورت مثبت بودن تست کرونا یا ابتلا جهت بازگشت به ووشو تکمیل شود	
گواهی می شود آقای	کد ملی
نظام پزشکی	در تاریخ
متخصص قلب و عروق به شماره	توسط اینجانب
	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 ووشو و ستاد ملی مبارزه با کرونا می باشم.	
تاریخ و امضا	