



MEDOBČINSKA NOGOMETNA ZVEZA MARIBOR

Engelsova ulica 6 / SI-2000 Maribor

TRR: SI56 6100 0000 8794 367 / DŠ: 54656567 / MŠ: 5011043000

T: 031 782 191 / E: info@mnzmaribor.si / I: www.mnzmaribor.si



Tekmovanje: _____ Tekma: _____

Ekipa: _____ Predstavnik ekipe: _____ Datum: _____

POIMENSKI SEZNAM PRISOTNIH OSEB IN IZJAVA O ZDRAVSTVENEM STANJU

1. IGRALCI IN STROKOVNO VODSTVO EKIPE

| Zap. št. | Ime in priimek | Funkcija | Podpis osebe – Izjava o zdravstvenem stanju* |
|----------|----------------|----------|--|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| 19. | | | |
| 20. | | | |
| 21. | | | |
| 22. | | | |

*Izjava o zdravstvenem stanju: S podpisom izjavljam, da:

- mi s strani (osebnega) zdravnika, zaradi respiratornih bolezenskih znakov (kašelj, težko dihanje, vročina, ipd.), ni odrejeno oz. svetovano izogibanje stikov z drugimi osebami;
- mi s strani pristojnega ministrstva ni z odločbo odrejena karantena;
- mi s strani NIJZ ni z odločbo izdano priporočilo za samoizolacijo;
- nimam znakov akutne okužbe dihal (npr. izcedek iz nosa, kašljanje, bolečine v žrelu, vročino, bolečine v mišicah,...).

**V primeru mladoletnosti osebe, izjavo podpiše njen zakoniti zastopnik !!!

2. DELEGACIJA EKIPE, KLUBSKO OSEBJE, PREDSTAVNIKI STADIONA, FOTOGRAFI, MEDIJI, REDITELJI

| Zap. št. | Ime in priimek | Funkciji | Podpis – Izjava o zdravstvenem stanju* |
|----------|----------------|----------|--|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| 19. | | | |
| 20. | | | |
| 21. | | | |
| 22. | | | |
| 23. | | | |
| 24. | | | |

***Izjava o zdravstvenem stanju:** S podpisom izjavljam, da:

- mi s strani (osebnega) zdravnika, zaradi respiratornih bolezenskih znakov (kašelj, težko dihanje, vročina, ipd.), ni odrejeno oz. svetovano izogibanje stikov z drugimi osebami;
- mi s strani pristojnega ministrstva ni z odločbo odrejena karantena;
- mi s strani NIJZ ni z odločbo izdano priporočilo za samoizolacijo;
- nimam znakov akutne okužbe dihal (npr. izcedek iz nosa, kašljanje, bolečine v žrelu, vročino, bolečine v mišicah,...).

****V primeru mladoletnosti osebe, izjavo podpiše njen zakoniti zastopnik !!!**

*****Organizator tekme v skladu z navodili hrani ta obrazec do konca TL. Po koncu TL pa ga ustrezno uniči.**

SPODAJ PODPISANI PREDSTAVNIK EKIPE KOT ODGOVORNA OSEBA DOLOČENA S STRANI KLUBA IZJAVLJAM, DA SEM VSE OSEBE PRED PODPISOM SEZNANIL O VSEBINI PODPISANEGA (IZJAVA O ZDRAVSTVENEM STANJU) TER DA SO VSI PODATKI (IME, PRIIMEK, FUNKCIJA, PODPIS) TOČNI IN RESNIČNI.

Kraj, datum: _____

_____ Podpis predstavnika ekipe