



GEZONDHEIDSVERKLARING

Datum:

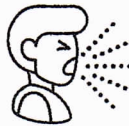
Tijd:

Had je een of meerdere van deze klachten in de afgelopen 24 uur?



Niezen

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hoesten

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Boven 38°C Koorts

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Benaauwdheid

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Heb je op dit moment een huisgenoot met koorts en/of benauwdheidsklachten?

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Heb je het coronavirus gehad en is dit de afgelopen 7 dagen vastgesteld (in een lab)?

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Heb je een huisgenoot /gezinslid met het coronavirus en heb je in de afgelopen 10 dagen contact met hem/haar gehad terwijl hij/zij nog klachten had?

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ben je in quarantaine omdat je direct contact had met iemand waarbij het coronavirus is vastgesteld of omdat je bent teruggekomen uit een Covid 19-risicogebied?

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSOONLIJKE INFORMATIE

Voornaam:

Achternaam:

Telefoon:

E-mailadres:

Handtekening:

Indien een van de vragen met ja beantwoord wordt, kom dan niet naar ons sportpark!