



HRVATSKI NOGOMETNI SAVEZ

CROATIAN FOOTBALL FEDERATION

Nogometna akademija HNS
Ustanova za obrazovanje odraslih u sportu

Ulica grada Vukovara 269 A
10000 Zagreb - Hrvatska
tel: +385 1 2019184
fax: +385 1 2441 508
e-mail: nogometna.akademija@hns-cff.hr

 www.hns-cff.hr
 twitter.com/hns_cff
 facebook.com/cff.hns
 instagram.com/hns_cff
 youtube.com/hnscff/

OBAVIJEST O PROVEDBI ISPITA NA UEFA A I UEFA PRO EDUKACIJI

Obavještavamo Vas da će se ispiti za polaznike na **UEFA A i UEFA PRO** edukaciji održavati prema rasporedu unutar Plana i programa Nogometne akademije HNS-a u Zagrebu (adresa: Ul. Vladimira Vidrića 12, 10360 Sesvete (Sava Sport – sportski centar)).

Svi polaznici koji žele polagati ispite dužni su prijaviti ispite on-line prijavom na stranicama Nogometne akademije HNS **najkasnije 72 sata** prije održavanja ispita!

Sve prijave nakon tog roka prebaciti će se na naredni ispitni rok.

Shodno epidemiološkim mjerama uzrokovanih virusom COVID 19, svim polaznicima će se mjeriti temperatura pri dolasku, izvršiti dezinfekcija ruku, a polaznici su dužni cijelo vrijeme ispita na ispravan način **OBAVEZNO** nositi zaštitnu masku te držati propisanu distancu. Broj polaznika u istom terminu ispita je ograničen.

Ispiti će se provesti za sve nivoe edukacije na lokaciji :

Zagreb – Nogometna akademija HNS-a, Ul. Vladimira Vidrića 12, 10360 Sesvete – **09,30 sati**

(Datumi ispita: 02.03.2021. i 30.03.2021., 11.05.2021. i 25.05.2021.)

Na ispit je potrebno doći najkasnije 15 minuta prije početka ispita i donjeti isprintani popunjeni epidemiološki upitnik !

U slučaju većeg broja prijava modificirati će se početak polaganja ispita prema grupama.

Nogometna akademija HNS





HRVATSKI NOGOMETNI SAVEZ

CROATIAN FOOTBALL FEDERATION

Ulica grada Vukovara 269 A
10000 Zagreb - Hrvatska
tel: +385 1 2019184
fax: +385 1 2441 508
e-mail: nogometna.akademija@hns-cff.hr

www.hns-cff.hr
 twitter.com/hns_cff
 facebook.com/cff.hns
 instagram.com/hns_cff
 youtube.com/hnscff/

Nogometna akademija HNS
Ustanova za obrazovanje odraslih u sportu

Epidemiološki upitnik HNS

Molimo Vas da ispunite ovaj upitnik te ga predate nadležnom djelatniku kod dolaska na okupljanje

Ime _____	Prezime _____	OIB _____
Datum rođenja: ___/___/___	Dob: _____	Spol: M Ž
Adresa stanovanja: _____	Grad: _____	
Županija: _____	Tel./mob.: _____	
Naziv kluba: _____		
Uloga: <input type="checkbox"/> igrač <input type="checkbox"/> trener <input type="checkbox"/> zdravstveno osoblje <input type="checkbox"/> sudac <input type="checkbox"/> drugo, navedite: _____		
EPIDEMIOLOŠKI PODACI		
1. Jeste li u posljednja 2 tjedna boravili izvan Hrvatske? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne →nastavite na pitanje broj 2. Ako je Vaš odgovor da molimo navedite: a) državu/e gdje ste boravili _____ b) datum povratka u Hrvatsku: ___/___/___		
2. Jeste li u posljednja 2 tjedna bili u bliskom kontaktu sa oboljelim osobom od COVID-19? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne → nastavite na pitanje broj 3. Ako je Vaš odgovor da molimo navedite: a) datum zadnjeg kontakta ___/___/___ b) mjesto kontakta: <input type="checkbox"/> na poslu <input type="checkbox"/> u obitelji <input type="checkbox"/> u zdravstvenoj ustanovi <input type="checkbox"/> drugo, navesti gdje: _____		
3. Jeste li ikada bili u samoizolaciji/karanteni prema preporuci liječnika: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne →nastavite na pitanje broj 4. Ako je Vaš odgovor da molimo navedite: a) datum samoizolacije: od ___/___/___ do ___/___/___ b) ishod samoizolacije: <input type="checkbox"/> zdrav <input type="checkbox"/> razvio simptome, potvrđen COVID-19 <input type="checkbox"/> asimptomatski, potvrđen COVID-19 c) razlog samoizolacije: <input type="checkbox"/> boravak <u>izvan Hrvatske</u> , navesti državu/e _____ Datum dolaska u Hrvatsku: ___/___/___ <input type="checkbox"/> kontakt sa <u>oboljelim osobom sa COVID-19</u> datum zadnjeg kontakta: ___/___/___ mjesto kontakta: <input type="checkbox"/> na poslu <input type="checkbox"/> u obitelji <input type="checkbox"/> u zdravstvenoj ustanovi <input type="checkbox"/> drugo, navesti gdje: _____		
4. Je li netko od ukućana proveo ili trenutno provodi samoizolaciju prema preporuci liječnika? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne →nastavite na pitanje broj 5. Ako je Vaš odgovor da molimo navedite: Razlog samoizolacije: <input type="checkbox"/> boravak <u>izvan Hrvatske</u> <input type="checkbox"/> kontakt sa <u>oboljelim osobom sa COVID-19</u>		





HRVATSKI NOGOMETNI SAVEZ

CROATIAN FOOTBALL FEDERATION

Ulica grada Vukovara 269 A

10000 Zagreb - Hrvatska

tel: +385 1 2019184

fax: +385 1 2441 508

e-mail: nogometna.akademija@hns-cff.hr



Nogometna akademija HNS
Ustanova za obrazovanje odraslih u sportu

5. Ima li netko od Vaših ukućana sljedeće simptome: kašalj, povišena tjelesna temperatura, otežano disanje? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
6. Jeste li se pridržavali mjera fizičkog distanciranja, odnosno maksimalno smanjili kontakte s drugim osobama sukladno preporukama? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
KLINIČKI PODACI		
7. Jeste li u posljednja 2 tjedan imali bilo koji od sljedećih simptoma:		
Povišena tjel. temp. <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Zimica/tresavica <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Umor, opća slabost <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Bolovi u mišićima ¹ <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Grlobolja <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Curenje nosa <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Gubitak okusa <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Gubitak njuha <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Kašalj <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Kratki dah, otežano disanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Piskanje/ "zviždanje" u prsima <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Bol u prsima <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Drugi respiratorni simptomi (navesti): _____		
Glavobolja <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Mučnina/povraćanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Bolovi u truhu <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Proljev <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
8. Jeste li zbog bilo kojeg od tih simptoma:		
posjetili svog liječnika <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	liječeni u bolnici <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
izostali s posla/ treninga <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
9. Jeste li ikad testirani na SARS-CoV-2/COVID-19: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
Ako da, datum testiranja: ____/____/____	Rezultat: <input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> ne znam	
10. Jeste li se cjepili protiv gripe ove sezone: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
KRONIČNE BOLESTI I STANJA		
11. Označite sve bolesti/ stanja koja imate:		
<input type="checkbox"/> Srčana bolest	<input type="checkbox"/> Hipertenzija	<input type="checkbox"/> Kronična plućna bolest
<input type="checkbox"/> Kronična bolest bubrega	<input type="checkbox"/> Kronična bolest jetre	<input type="checkbox"/> Zloćudna bolest
<input type="checkbox"/> Imunokompromitiranost	<input type="checkbox"/> Neurološka ili neuromuskularna bolest	
<input type="checkbox"/> Pretilost	<input type="checkbox"/> Pušenje	Druge kronične bolesti, navedite: _____
<input type="checkbox"/> Nemam kroničnih bolesti		
Datum ispunjavanja upitnika:		Potpis:

¹ Koji nisu nastali kao posljedica intenzivnog vježbanja/ treninga

