



**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 C

EDUKACIJI U KOSTRENI

Obavještavamo Vas da će se ispiti koji su prethodno bili odgođeni za polaznike na C edukaciji održati u **četvrtak 06.05.2021. u 1730 sati u OŠ Kostrena, u Kostreni**.

Svi polaznici C edukacije koji su prijavili ispite na prethodnom roku mogu doći polagati.

Svi ostali koji također žele polagati moraju 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 nije dozvoljeno grupiranje u većim skupinama ispred škole, a 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.

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:



BUDI PONOSAN



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

Razlog samoizolacije: <input type="checkbox"/> boravak <u>izvan Hrvatske</u> <input type="checkbox"/> kontakt sa <u>oboljelim osobom sa COVID-19</u>		
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 trbuhu <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Proljevanje <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

