



# 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](http://www.hns-cff.hr)  
 [twitter.com/hns\\_cff](https://twitter.com/hns_cff)  
 [facebook.com/cff.hns](https://facebook.com/cff.hns)  
 [instagram.com/hns\\_cff](https://instagram.com/hns_cff)  
 [youtube.com/hnscff/](https://youtube.com/hnscff/)

## OBAVIJEST O PROVEDBI ISPITA NA UEFA B

### EDUKACIJI U KOSTRENI

Obavještavamo Vas da će se ispiti za polaznike na **UEFA B** edukaciji održati u **četvrtak 06.05.2021. u 15 30 sati u OŠ Kostrena, u Kostreni**.

Polaznici koji 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



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: _____	
<b>EPIDEMIOLOŠKI PODACI</b>		
1. Jeste li u posljednja 2 tjedna boravili izvan Hrvatske? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne →nastavite na pitanje broj 2. <i>Ako je Vaš odgovor <b>da</b> molimo navedite:</i> 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. <i>Ako je Vaš odgovor <b>da</b> molimo navedite:</i> 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. <i>Ako je Vaš odgovor <b>da</b> molimo navedite:</i> 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. <i>Ako je Vaš odgovor <b>da</b> molimo navedite:</i> Razlog samoizolacije: <input type="checkbox"/> boravak <u>izvan Hrvatske</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

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

<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		
<b>KLINIČKI PODACI</b>		
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 <sup>1</sup> <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		
<b>KRONIČNE BOLESTI I STANJA</b>		
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:

<sup>1</sup> Koji nisu nastali kao posljedica intenzivnog vježbanja/ treninga

