

طلب التقديم لمخيم الجوجيتسو الصيفي 2020

اسم العائلة _____
الاسم الاول _____
أنثى / ذكر _____
العمر _____
تاريخ الميلاد _____ (اليوم/ الشهر / السنة)
العنوان _____
عنوان البريد _____
مستوى الحزام _____
رقم المنزل / رقم الهاتف المحمول _____ / _____
رقم العمل _____ / _____
البريد الالكتروني _____
ولي الامر/ الوصي القانوني _____

رقم الاتصال في حالات الطوارئ

الاسم _____
رقم الهاتف المحمول _____
رقم المنزل _____
رقم العمل _____

التاريخ الطبي

تفقد اي عراض التي تنطبق عليك أو على أي من أفراد أقاربك المباشرين:

الربو

سرطان

أمراض القلب

السكري

ارتفاع ضغط الدم

الصرع

تحقق من اي عراض التي تعاني منها حاليا:

آلام في الصدر

أمراض الجهاز التنفسي

أمراض القلب والاعوية الدموية

أمراض الدم والاعوية الدموية اللمفاوية

أمراض عصبية أو نفسية

أمراض الجهاز الهضمي

التناسلي

زيادة الوزن

فقدان الوزن

أمراض العظام أو العضلات

هل ملتزم حاليا بأي نوع دواء؟

نعم

لا

إذا اجبت بنعم، من فضلك وضح _____

هل لديك أي حساسية من ادوية او طعام؟

نعم

لا

غير متأكد

إذا اجبت بنعم، من فضلك وضح _____

التعريف بالاتصال القريب من أي شخص مصاب بفيروس كورونا المستجد- كوفيد 19
الاتصال القريب من شخص تم التعامل معه وجها لوجه لمدة 15 دقيقة على أقل أو كان في نفس المكان المغلق
لمدة ساعتين على الأقل ، و تم الاثبات بأنه مصاب بفيروس كورونا المستجد- كوفيد 19
هل خضعت لفحص فايروس كورونا المستجد- كوفيد 19 خلال ال 48 ساعة الماضية؟

نعم

لا

ملاحظة

هل تعيش في نفس المنزل مع شخص أصيب بفيروس كورونا المستجد- كوفيد 19؟

نعم

لا

ملاحظة

هل كان هناك أي اتصال جسدي مباشر- (مثل المصافحة؟) مع شخص مصاب بفيروس كورونا المستجد- كوفيد 19؟

نعم

لا

ملاحظة

هل كان لديك اتصال مباشر غير محمي مع أي وسيلة قد تنقل فايروس كورونا المستجد- كوفيد 19

(على سبيل المثال ، السعال ، ولمس السطح المستعملة باليد مباشرة)؟

نعم

لا

ملاحظة

الاسم

التاريخ

التوقيع