



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ  
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

# Κάνε το τεστ ασφαλούς επιστροφής στην αθλητική δραστηριότητα

1 Έχετε νοσήσει  
από COVID-19 λοίμωξη;  
(νοσηλεία στο νοσοκομείο ή κατ'οίκον)

**ΝΑΙ ΟΧΙ**

Εάν ΝΑΙ:

Έχετε έκτοτε επικαιροποιημένη  
ιατρική βεβαίωση για άθληση;

**ΝΑΙ ΟΧΙ**

Εάν ΟΧΙ:

είναι απαραίτητη  
η προσκόμιση επικαιροποιημένης  
ιατρικής βεβαίωσης

2 Είχατε κάποιο από τα  
παρακάτω συμπτώματα  
συμβατά με COVID-19  
λοίμωξη τις τελευταίες  
14 ημέρες;

**ΝΑΙ ΟΧΙ**

- πυρετό
- βήχα
- αίσθημα κόπωσης
- μυαλγίες

3 Έχετε έρθει σε επαφή με  
ύποπτο ή επιβεβαιωμένο  
κρούσμα COVID-19  
τις προηγούμενες  
14 ημέρες;

**ΝΑΙ ΟΧΙ**

Εάν έχετε απαντήσει  
**ΟΧΙ** σε όλες  
τις ερωτήσεις τότε  
**ΕΠΙΤΡΕΠΕΤΑΙ**  
**Η ΑΘΛΗΣΗ**



Εάν έχετε απαντήσει  
**ΝΑΙ** έστω & σε μια ερώτηση  
**ΠΑΡΑΜΕΝΕΤΕ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**  
και ενημερώνετε άμεσα  
τον προσωπικό σας ιατρό.

