Svojim potpisom potvrđujem dole navedenu izjavu:

**I Z J A V A**

IZJAVLJUJEM DA U PERIODU OD 10 DANA PRE DANA ODRŽAVANJA TAKMIČENJA NISAM BIO/LA U SVESNOM KONTAKTU SA OSOBOM KOD KOJE JE POTVRĐENA BOLEST COVID-19.

Atletski klub \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Za tačnost podataka garantuje \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MP

 (ime i prezime / potpis odgovornog lica kluba)

Mesto:NOVI PAZAR

Datum: 06.09.2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **R.BR.** | **PREZIME ATLETIČARA** | **IME ATLETIČARA** | **POTPIS ATLETIČARA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Popunjen i potpisan obrazac izjave dostaviti **U ORIGINALU** na dan takmičenja prilikom preuzimanja takmičarskih brojeva i pregleda takmičarskih legitimacija i lekarskih pregleda. Takmičari koji ne potpišu ovu izjavu **NEĆE IMATI PRAVO NASTUPA** na takmičenju.

Izjavu može da preda SAMO službeni predstavnik kluba na takmičenju.

Klub može dostaviti ovaj obrazac ili pojedinačne izjave takmičara.