



ФУДБАЛСКИ САВЕЗ ГРАДА НОВОГ САДА

21112 Нови Сад • Париске комуне 38 • поштански фах 43 • тел. 021/444-900
текући рачун: 340-1835-51 • www.fsgns.rs • fsgns@mts.rs

фудбалски клуб:		седиште:	
датум попуњавања:		лига:	

ИЗЈАВА

Којом доле потписани играчи изјављују да у периоду од десет (10) дана који претходе давању ове изјаве нису били у свесном контакту са особом код које је потврђена болест COVID-19:

рб	презиме и име играча	бр. спорт. лег.	потписа играча
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Напомена: Ову изјаву пре почетка сваке утакмице потписују сви играчи унети у записник. Након тога, заједно са легитимацијама, представник клуба образац изјаве предаје делегату, који га задржава и предаје стручној служби ФС Града Новог Сада са записником и пријавом.