

Фудбалски клуб: \_\_\_\_\_

Место: \_\_\_\_\_

Лига: \_\_\_\_\_

Датум: \_\_\_\_\_

## ИЗЈАВА

Којом изјављујем да у периоду од 10 (десет) дана од дана давања изјаве нисам био у свесном контакту са особом код које је потврђена болест COVID-19.

Потписи играча:

1.

\_\_\_\_\_

2.

\_\_\_\_\_

3.

\_\_\_\_\_

4.

\_\_\_\_\_

5.

\_\_\_\_\_

6.

\_\_\_\_\_

7.

\_\_\_\_\_

8.

\_\_\_\_\_

9.

\_\_\_\_\_

10.

\_\_\_\_\_

11.

\_\_\_\_\_

12.

\_\_\_\_\_

13.

\_\_\_\_\_

14.

\_\_\_\_\_

15.

\_\_\_\_\_

16.

\_\_\_\_\_

17.

\_\_\_\_\_

18.

\_\_\_\_\_

19.

\_\_\_\_\_

20.

\_\_\_\_\_

21.

\_\_\_\_\_

22.

\_\_\_\_\_

23.

\_\_\_\_\_

24.

\_\_\_\_\_

25.

\_\_\_\_\_