



Erklärung zum Umgang mit Krankheitssymptomen

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefonnr.	

Hiermit bestätige ich (bitte ankreuzen)



Ich nehme / mein Kind nimmt nur dann am Training teil, wenn innerhalb der letzten zwei Tage keine Krankheitssymptome von Covid-19 (z.B. Fieber, Husten, Kurzatmigkeit, Luftnot, Verlust des Geschmacks- / Geruchssinn, Halsschmerzen, Schnupfen, Glieder-schmerzen) bei mir/ihm/ihr oder weiteren in häuslicher Gemeinschaft lebenden Personen vorlagen.



Ich nehme / mein Kind nimmt nur dann am Training teil, wenn kein wesentlicher Kontakt zu Personen bestand, die akut mit SARS-CoV2 infiziert sind.
Dies gilt auch für weitere in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen. Ausgenommen hiervon sind im medizinischen und pflegerischen Bereich Tätige, bei denen im Rahmen ihrer Berufsausübung Kontakte mit infizierten Patienten unvermeidlich sind, da hier davon ausgegangen werden kann, dass durch Arbeitgeber und Beschäftigte selbst die notwendigen Maßnahmen des Infektionsschutzes sichergestellt werden!

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Name des Erziehungsberechtigten

Bankverbindungen