

Gesundheitsbestätigung SV Seibranz

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Gruppe |  |
| Name, Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Kontaktdaten (Anschrift, Telefon) |  |

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

* o. g. Person in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte
* o. g. Person, sowie die im Haushalt lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, erhöhte Temperatur, Husten etc.) aufweisen
* der Verein umgehend informiert wird, wenn die oben genannten Krankheitsanzeichen auftreten
* o. g. Person bei Auftreten von Krankheitsanzeichen während des Übungs-betriebs umgehend die Halle verlässt, bzw. von den Eltern abholt wird
* das Hygienekonzept gelesen und akzeptiert wurde

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Unterschrift des Teilnehmers bzw.  Personensorgeberechtigten |
|  |  |

*Hinweis: Auch bei Personen, die beruflich mit Covid-19-Patienten Kontakt haben, kommt es ausschließlich darauf an, dass sie frei von Symptomen der Krankheit Covid-19 sind.*