

Risikoformular SARS-CoV-2

Wettkampf: _____
Wettkampfort: _____
Datum: _____

Das Risikoformular ist von **allen** Teilnehmern und Betreuern / Zuschauern auszufüllen und bei der Anmeldung abzugeben.

Ansonsten erfolgt keine Zulassung zur Veranstaltung!

Personenbezogene Daten

Name _____

Vorname _____

Telefonnummer _____

oder

Mailadresse _____

hiermit bestätige ich, dass ich

- > in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall hatte
- > gegen mich keine laufende behördliche Quarantäne- Anordnung besteht
- > ich in den letzten 14 Tagen nicht an ungeklärten Symptomen einer Atemwegserkrankung gelitten habe oder noch darunter leide.

Ich bestätige, alle Angaben wahrheitsgemäß beantwortet und die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen zu haben.

Das Risikoformular wird nach einem Monat vernichtet.

Die Daten werden nicht gespeichert.

Unterschrift