



Abteilung: _____

Datum: _____ Ort: _____

Trainer*innen: _____

Sonstige Anwesende: _____

Name	Vorname	Telefonnummer	Unterschrift

Unterschrift Trainingsleiter*in

Mit der Unterschrift bestätigen die Teilnehmer*innen, dass sie beim Betreten der Sportstätte absolut symptomfrei sind. Außerdem stimmen die Teilnehmer*innen zu, dass ihre persönlichen Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit einer möglichen COVID-1) Infektion durch einen Vertreter des oben genannten Vereins genutzt und für 4 Wochen gespeichert werden dürfen. Die Daten dürfen auf Anfrage ebenfalls an die zuständige Gesundheitsbehörde weitergegeben werden.