



Erklärung zum Umgang mit Krankheitssymptomen

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Adresse	
PLZ, Ort	

Eigenerklärung

Hiermit bestätige ich (Bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/>	Ich komme nur zum Training, wenn ich und weitere in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen keine Krankheitssymptome von COVID-19 aufweisen.
<input type="checkbox"/>	Es bestand kein wissentlicher Kontakt zu Personen, die akut mit SARS-CoV-2 infiziert sind oder der Kontakt bestand aus beruflichen Gründen.
<input type="checkbox"/>	Ich negativ getestet ist bin.
<input type="checkbox"/>	Ich von COVID-19 genesen bin.
<input type="checkbox"/>	Ich geimpft bin.

Ort, Datum, Unterschrift