

Kontaktformular:

Personenbezogene Daten

Name:
Vorname:
Wohnort:
Telefon:
E-Mail:

Hiermit bestätige ich, dass ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall und keine Symptome einer SARS-CoV-2 Infektion (Husten, Halsweh, Fieber/erhöhte Temperatur, Geruchs- oder Geschmacksstörungen, allgemeines Krankheitsgefühl, Muskelschmerzen) hatte.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Das Formular ist von jedem Athleten, Trainer, bzw. Betreuer am Wettkampftag beim Veranstalter am Eingang des Stadions abzugeben