Gesundheitsbestätigung

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

- ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte
- ich sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, erhöhte Temperatur, Husten) aufweisen
- der Verein umgehend informiert wird, wenn die oben genannten Krankheits-anzeichen auftreten

Abteilung:		
Name, Vorname	**Geburtsdatum**	**Datum / Unterschrift**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Datum / Unterschrift