

Gesundheitsbestätigung SV Eberhardzell



Name der Gruppe	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

- die oben genannte Person in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte,
- die oben genannte Person, sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z. B Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, erhöhte Temperatur, Husten) aufweisen,
- der SV Eberhardzell umgehend informiert wird, wenn die oben genannten Krankheitsanzeichen auftreten,
- die oben genannte Person bei Auftreten von Krankheitsanzeichen während des Trainings umgehend nach Hause geht bzw. bei Kindern abgeholt werden.

Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen die Unterschrift eines Elternteils/ Personensorgeberechtigten)

Hinweis: Auch bei Personen, die beruflich mit Covid-19-Patienten Kontakt haben, kommt es ausschließlich darauf an, dass sie frei von Symptomen der Krankheit Covid-19 sind.