

Erklärung zur Teilnahme

TRAINING: _____

DATUM, UHRZEIT: _____

ORT: _____

NAME, VORNAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON: _____

- Ich habe keine erkennbaren Symptome einer COVID-19 Erkrankung.**
*Symptome sind Fieber, Trockener Husten und Suptum (Auswurf),
Abgeschlagenheit, Atemprobleme, wie Kurzatmigkeit, Kau- und
Kiefergelenkschmerzen, Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Schüttelfrost,
Übelkeit/Erbrechen, verstopfte Nase, Durchfall*
- Ich habe keine Erkältungssymptome bzw. -Atemwegssymptome.**
- Ich hatte in den letzten 14 Tagen keinen wissentlichen Kontakt zu einem COVID-19 Erkrankten.**

Die Teilnahme an dem Kurs/Training ist nur möglich, wenn **alle** genannten Punkte auf Sie zutreffen.

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. Erziehungsberechtigter