



ZUSCHAUER

Spiel-Paarung: _____

Ort/Datum/Zeit: _____

Name	Vorname	Adresse	Telefonnummer	Geimpft Genesen NACHWEISLICH Getestet	Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ausdrücklich, dass ich keine Symptome einer SARS-CoV-2 Infektion (sog. Coronavirus) (z.B. Fieber, Husten, Halsschmerzen, Atemnot, Müdigkeit, Durchfall, Gliederschmerzen, Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinnes.) aufweise. Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Infektion eines Teilnehmers, meine Daten an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben werden.