



Verein: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Trainer\*innen: \_\_\_\_\_

Sonstige Anwesende: \_\_\_\_\_

Name	Vorname	Telefonnummer	Unterschrift
------	---------	---------------	--------------


\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Trainingsleiter\*in**

**Mit der Unterschrift bestätigen die Teilnehmer\*innen, dass sie beim Betreten der Sportstätte absolut symptomfrei sind.** Außerdem stimmen die Teilnehmer\*innen zu, dass ihre persönlichen Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit einer möglichen COVID-1) Infektion durch einen Vertreter des oben genannten Vereins genutzt und für 4 Wochen gespeichert werden dürfen. Die Daten dürfen auf Anfrage ebenfalls an die zuständige Gesundheitsbehörde weitergegeben werden.