



Bestätigung der Symptommfreiheit für Waveboardkurse

Datum des Kurses	
Kurszeit (von bis)	

Name Teilnehmer:in	
Erziehungsberechtigte:r	
Adresse Straße, Hausnummer PLZ, Stadt	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Mit der Unterschrift **bestätigen die Teilnehmer:innen/Erziehungsberechtigten**, dass sie beim Betreten der Sportstätte am oben genannten Termin **symptomfrei** sind.

Außerdem stimmen die Teilnehmer:innen zu, dass ihre **persönlichen Daten** zum Zwecke der Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit einer möglichen COVID-Infektion durch einen Vertreter des oben genannten Vereins genutzt und für den Zeitraum von vier Wochen gespeichert werden dürfen. Zudem sind sie bei einer möglichen COVID-Infektion verpflichtet, diese uns mitzuteilen.

Die Daten dürfen auf Anfrage ebenfalls an die zuständige Gesundheitsbehörde weitergegeben werden. Außerdem bestätigen die Erziehungsberechtigten, dass sie bzw. ihr Kind sich mit unseren Regeln und Maßnahmen vertraut gemacht haben und verpflichten sich zu deren Einhaltung. Dementsprechend sind sie sich auch über die möglichen Konsequenzen einer Teilnahme bewusst.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte:r bzw. Teilnehmer:in