



Bestätigung der Symptommfreiheit für Ballschul-Stunden

Ballschul-Gruppe	<input type="checkbox"/> Ballschule Mittwoch <input type="checkbox"/> Ballschule Donnerstag <input type="checkbox"/> Ballschule Freitag <input type="checkbox"/> Fußballschule Freitag
------------------	---

Name des Kindes	
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 im Schuljahr 2020/21 absolut **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 das Schuljahr, das am 31. August 2021 endet, 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