# Teilnahmebestätigung

Monat _____

Hiermit bestätige ich, _____

Geb.Dat.: _____

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass der o.g. Sportler/Sportlerin sowie die im Hausstand lebenden Personen

- Keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. erhöhte Temperatur, Husten, etc.) aufweisen und
- Nicht in Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person stehe oder seit dem Kontakt mit einer SARS-CoV-2 infizierten Person 14 Tage vergangen sind und sie keine Symptome aufweisen

| Datum | Unterschrift |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |