



## Abfrage Gesundheitszustand

### Einverständniserklärung

Turnabteilung

Veranstaltung: \_\_\_\_\_

Wochentag, Datum: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Teilnehmerin / zum Teilnehmer

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

### Bitte einkreisen

Die Teilnehmerin / der Teilnehmer weist aktuell Krankheitssymptome auf:

ja  nein

Die Teilnehmerin / der Teilnehmer steht und stand im Kontakt (in den letzten zwei Wochen) mit Corona-Infizierten?

Ja  nein

Die Teilnehmerin / der Teilnehmer unterliegt einer Quarantänemaßnahme:

Ja  nein

Oder eine im gleichen Haushalt lebende Person:

ja  nein

Mit der Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers bzw. bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigter wird bestätigt, dass diese Angaben wahrheitsgetreu gemacht wurden.

---

Ort	Datum	Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten
-----	-------	---

---

Ort	Datum	Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers
-----	-------	---