



## Eigenerklärung

Die/Der Unterfertigte \_\_\_\_\_

geboren in \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

erreichbar per Telefon \_\_\_\_\_

### erklärt

- körperlich gesund und in der Verfassung zu sein, um am Training teilzunehmen
- in den vergangenen 14 Tagen keine Symptome (Fieber, Husten, Halsschmerzen usw.) verspürt zu haben

Möglicher Infektionskontakt in den letzten 14 Tagen:

Kontakt mit festgestellten COVID-19 Fällen (positiv getestet)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Kontakt mit Verdachtsfällen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Kontakt mit Familienangehörigen von Verdachtsfällen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Person im selben Haushalt mit Fieber oder grippeähnlichen Symptomen (noch nicht getestet)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Kontakt mit Person mit Fieber oder grippeähnlichen Symptomen (noch nicht getestet)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Sportlers/der Sportlerin

