



# Schriftliche Bestätigung

Stand 01.08.2020

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

Wenn nicht bereits vorhanden:

Geb.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Verein: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Veranstaltung (einkreisen): Training / Lehrgangsmaßnahme / Versammlungen / Wettkampf

## Hiermit bestätige ich per Unterschrift:

1. Die Teilnahme an o.g Veranstaltung des Vereins erfolgt auf eigene Gefahr und eigenes Risiko!
2. Die Teilnahme erfolgt in selbständiger Abwägung des eigenen Gesundheits- und Risikoprofil (z.B. aufgrund Grunderkrankungen).
3. Die Erziehungsberechtigten sind bei minderjährigen Teilnehmer/innen mit der Teilnahme an o.g. Veranstaltung einverstanden.
4. Mir ist bewusst, dass eine Teilnahme an der Veranstaltung strengstens untersagt ist, wenn ich:
  - a) **Typische Symptome einer Infektion mit dem Corona Virus, namentlich Geruchs- und Geschmacksstörungen, Fieber, Husten sowie Halsschmerzen, aufweise.** (Symptome siehe auch Fragebogen SARS BVBW)
  - b) **in den letzten 14 Tage in Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person stand.**
5. Entwickelt sich bei mir bis zu 14 Tage nach der Teilnahme an der Veranstaltung eine Infektion/Erkrankung mit dem Corona Virus, dann bin ich verpflichtet, den Leiter/in der Veranstaltung umgehend in Kenntnis zu setzen.
6. Ich war in den letzten 14 Tage in keinem Landkreis der die festgelegte Obergrenze an Neuinfektionen überschritten hat. Aktuelle Karte unter folgendem Link abrufbar: <https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>
7. Ich wurde eingehend über die Hygienevorgaben, die Reinigungsmöglichkeiten für Hände (insbesondere in den Sanitäranlagen), die aktuellen Abstandsregelungen und über die Möglichkeit des bargeldlosen Bezahls informiert und aufgeklärt.
8. Ich bin mit der 4 wöchigen Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Nachvollziehbarkeit von Infektionsketten und zur Einhaltung des Infektionsschutzes gem. §6 (1) Corona VO des Landes BW vom 23.06.2020 einverstanden.
9. Ich habe unten genannte Dokumente in aktueller Form vom..... erhalten.
10. Ich bestätige hiermit, dass alle gemachten Angaben (auch unten genannte Dokumente) der Wahrheit entsprechen.

## Bitte erhaltene Dokumente ankreuzen:

- |                          |                                  |  |
|--------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Fragebogen SARS BVBW (alle)      | (Training monatlich / pro Versammlung / pro Lehrgangsmaßnahme / pro Wettkampf)   |
| <input type="checkbox"/> | Dokumentation (Leitung)          | (Training wöchentlich / pro Versammlung / pro Lehrgangsmaßnahme / pro Wettkampf) |
| <input type="checkbox"/> | Corona Kodex Standards (Leitung) | (Training wöchentlich / pro Versammlung / pro Lehrgangsmaßnahme / pro Wettkampf) |

.....  
(Ort, Datum, Unterschrift)

.....  
(Unterschrift Erziehungsberechtigte)