

# Kontaktformular

Bitte dieses Formular dem Kursleiter aushändigen!

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bei der Teilnahme bei Sport im Park absolut symptomfrei sind und in den letzten zwei Wochen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatten. Außerdem stimmen Sie zu, dass Ihre persönlichen Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit einer möglichen COVID-19 Infektion durch den Veranstalter genutzt und für 4 Wochen gespeichert werden dürfen. Die Daten dürfen auf Anfrage ebenfalls an die zuständige Gesundheitsbehörde weitergegeben werden. Weiterhin bestätigen Sie, dass Sie eigenverantwortlich handeln und die Schutzmaßnahmen zur Gewährleistung von Hygiene und Infektionsschutz kennen und einhalten.