Verein:	
SpielerIn:	
Name des gesetzlichen Vertreters:	

Datenschutz: Die personenbezogenen Daten werden aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung zum Zwecke der Fortsetzung des Trainingsbetriebes gemäß den geltenden COVID-Bestimmungen verarbeitet und bei Wegfall der Rechtsgrundlage sofort gelöscht. Weitere Informationen erhalten Sie beim jeweils zuständigen Landesverband.

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: ____________________

Datum	Körpertemperatur	1. Hattest du Kontakt von Angesicht zu Angesicht mit einem bestätigten Covid-19-Fall?	2. Hast du grippale Anzeichen? (Husten? Schnupfen?)	3. Leidest du an Kurzatmigkeit/Atemnot oder bekommst du allgemein schlecht Luft?	4. Leidest du an einem plötzlichen Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes?	5. Hast du Durchfall?	6. Hast du Halsschmerzen?	7. Fühlst du dich fiebrig?	Anmerkung	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters