

Gesundheitsbestätigung RRC Lörrach e.V.
(gilt für alle Sporttreibenden, Trainer/-innen, Übungsleiter/-innen)

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Unterrichtsgruppe:	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

1. ich bzw. oben genanntes Kind in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte.
2. ich bzw. oben genanntes Kind sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, erhöhte Temperatur, Husten) aufweisen.
3. ich den RRC Lörrach umgehend informiere, wenn bei mir bzw. bei oben genanntem Kind Krankheitsanzeichen auftreten,
4. wenn bei oben genanntem Kind Krankheitsanzeichen während des Unterrichts auftreten, dieses umgehend abgeholt wird.

Datum:	Unterschrift: (bei minderjährigen Erziehungsberechtigter)