

# Eigenerklärung



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

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

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

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

## erklärt

im Besitz eines sportärztlichen Zeugnisses mit Ablaufdatum am \_\_\_\_\_ zu sein.

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"/>

Zusätzliche Angaben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die/Der Unterfertigte bestätigt hiermit unter eigener Verantwortung, dass die oben erklärten Angaben der Wahrheit entsprechen und ermächtigt den \_\_\_\_\_ (Geben Sie den Namen des Sportvereins an) zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten, in Bezug auf den in diesem Formular enthaltenen Gesundheitszustand, sowie zu deren Erhaltung gemäß Reg. EU 2016/679 und den geltenden nationalen Rechtsvorschriften.

\_\_\_\_\_  
Datum

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

Im Falle von minderjährigen Sportlern Unterschrift beider Elternteile:

\_\_\_\_\_  
(Vater/Vormund)

\_\_\_\_\_  
(Mutter/Vormund)