



Gesundheitsbestätigung Wettkampfteilnehmer

Name, Vorname des Wettkämpfers: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Wettkampf /-datum: _____

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Hiermit bestätigen wir, dass o.g. Wettkampfteilnehmer:

- frei von Symptomen der Krankheit Covid-19 (z. B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, Atemnot, Durchfall) ist und in den letzten zehn Tagen war
- nicht einer Quarantäneanordnung unterliegt
- innerhalb der letzten zwei Wochen nicht in einem Risikogebiet war

Teilnehmer, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, sind vom Wettkampf ausgeschlossen und dürfen nicht zum Wettkampf anreisen.

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers bzw.
des Erziehungsberechtigten

Hinweis:

Um Gefahren für Ihre Gesundheit und die Gesundheit anderer vorbeugen zu können, erheben wir die oben aufgeführten Daten. Wir verarbeiten diese, um zum einen die Nachverfolgbarkeit der Wettkampfteilnehmer zu gewährleisten und um die Verbreitung von SARS-CoV-2 trotz Wettkampfes eindämmen zu können. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, außer zur Erfüllung der rechtlichen Verpflichtung entsprechend Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach den Vorgaben der DSGVO. Die Daten werden vier Wochen nach dem Wettkämpftermin vernichtet.