

TSV Babensham

Infektionsscreening COVID 19

Teilnehmer Tischtennistraining

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Email: _____

Erziehungsberechtigter: _____
(bei unter 16 Jährigen)

Akute respiratorische Symptome? = nein = ja
(Husten, Auswurf, Atemnot, Halsschmerzen,
Schmerzen bei der Atmung, Schnupfen)

Unspezifische Allgemeinsymptome? = nein = ja
(Abgeschlagenheit, Gliederschmerzen)

Kontakt zu bestätigten COVID-19-Fall = nein = ja
bis max. 14 Tage vor Erkrankungsbeginn?

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie oder Ihr Kind keine der oben genannten Symptome aufweisen und auch an jedem weiteren Training nur teilnehmen, wenn Sie alle Fragen mit „nein“ beantworten können.

Datum, Unterschrift (unter 16 J. Erziehungsberechtigter)