



ANLAGE 1 A

Gesundheitsbestätigung für Wettkampfteilnehmer*innen

Name, Vorname:

Verein / Landesfachverband:

Telefon / E-Mail:

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Um Gefahren für Ihre Gesundheit und die Gesundheit anderer vorbeugen zu können, erheben wir diese Gesundheitsbestätigung. Wir verarbeiten diese, um zum einen die Nachverfolgbarkeit der Teilnehmer*innen zu gewährleisten und um die Verbreitung von SARS-CoV-2 trotz Wettkampfbetriebs eindämmen zu können.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach den Vorgaben der DSGVO. Ihre Daten werden vier Wochen nach dem Wettkampftermin datenschutzkonform vernichtet.

Bestätigung:

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich bzw. der o. g. Wettkampfteilnehmer sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z. B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, Atemnot, Durchfall) aufweisen. Darüber hinaus wurden die Vorgaben nach Punkt 1 Absatz 1 a bis c (bei Anwendung des 2G-Modells nach Punkt 1 Absatz 2 bis 3) erfüllt.

(Datum/Ort)

(Unterschrift des Teilnehmers/ der Teilnehmerin
bzw. des Erziehungsberechtigten)

Hinweis:

Auch bei Personen, die einer speziellen Berufsgruppe angehören, kommt es ausschließlich auf die persönliche Freiheit von Symptomen der Krankheit Covid-19 an. (Siehe auch Veröffentlichung des RKI: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html)