

**Einverständniserklärung zur Teilnahme am Sichtungslehrgang für den
Landeskader Training am 03./04. Juli 2021 in Baunatal/Nieder-Liebersbach
sowie der Testung auf Covid 19 Infektion***

Hiermit bestätige/n ich/ wir

Vorname, Nachname (bei Minderjährigen der Eltern)

Straße

Wohnort

Telefonische Erreichbarkeit

die Teilnahme an der o. g. Veranstaltung des Hessischen Sportakrobatik Verbandes.

Die Aufsichtspflicht für mein/unser Kind

(Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Ausweisnummer und Gültigkeitsdatum bis)

für die Teilnahme an der o. g. Veranstaltung wird wahrgenommen von:

(Vorname, Nachname)

Ort / Datum

Ort / Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Vereins - Sportliche Leitung

Es müssen beide Erziehungsberechtigte die Vollmacht unterschreiben. Sollten Sie alleinerziehend sein, ist dies auf der Rückseite der Bescheinigung mitzuteilen. Eine Kopie des Ausweises ist beizufügen. Sollte ihr Kind auf Medikamente angewiesen sein, teilen Sie mir dies bitte auch auf der Rückseite mit.

*nichtzutreffendes bitte streichen



Hessischer Sportakrobatik Verband

Anamnesedaten Sportler*innen/Trainer*innen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel-Nr.: _____

Adresse: _____

Fragen zum Gesundheitszustand:

1. Waren Sie in den letzten 14 Tagen an COVID-19 erkrankt?

ja nein

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person die an COVID-19 erkrankt war?

ja nein

3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber oder erhöhte Körpertemperatur? *

ja nein

4. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Atemnot oder Husten? *

ja nein

5. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Symptome, die auf eine Atemwegserkrankung hinweisen

(z.B. Halskratzen, Ohrenscherzen)? *

ja nein

6. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Störungen des Geruchs- oder Geschmackssinns? *

ja nein

Sollten Sie eine der Fragen mit **JA** beantwortet haben, bitten wir Sie zum Schutz der weiteren Teilnehmer und Ihrem eigenen Schutz die Sportstätte direkt zu verlassen oder die Anreise nicht anzutreten.

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Zudem bestätige ich, dass ich mich/mein Kind sich an die Hygienevorgaben des HSAV halte/hält. Auch bei Einhaltung der genannten Hygienemaßnahmen besteht durch den Besuch ein Restrisiko für eine Infektion. Hierfür übernimmt der HSAV keine Haftung.

Ich bin damit einverstanden, dass der HSAV die in diesem Formular erhobenen Daten zum Zwecke der Nachverfolgung einer möglichen Infektionskette speichert und 30 Tage archiviert und diese auch bei Anfrage oder Verdacht einer Erkrankung an die zuständigen Behörden weiterleitet.

_____, den
(Ort)

(Datum)

Unterschrift Sportler*in/Trainer*in

Erziehungsberechtigte/r bei minderjährigen Sportlern

*außer chronisch unter allergisch bedingt