



Datum
Heimspiel: HC Salzland 06 e.V. Gegner:
Name:
Vorname:
Telefon-Nr.:
E-Mail Adresse:
Datum/ Unterschrift :

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass:

- Ich nicht unter akuten Atemwegsbeschwerden oder unspezifischen allgemeinen Symptomen wie Fieber, Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen oder Schwächesymptomen leide.
- Ich in den vergangenen 14 Tagen keinen Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall hatte.
- Ich mich nicht in den vergangenen 14 Tagen in einem vom Robert-Koch-Institut festgelegten Risikogebiet aufgehalten habe.

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist nur möglich, wenn die drei oben genannten Sachverhalte zutreffen und die Kontaktdaten vollständig abgegeben werden.