

LGO Euskirchen / Erftstadt für das Training am \_\_\_\_\_

Name des Athleten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Athleten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_

	Bitte ankreuzen:	Ja	Nein
1.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen mindestens 15-minütigen Gesichtskontakt, z.B. ein Gespräch, zu Personen, die COVID-19 positiv getestet wurden? Dazu gehören auch Personen aus demselben Haushalt.		
2.	Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen im selben Raum wie ein bestätigter COVID-19-Fall aufgehalten, z.B. am Arbeitsplatz, jedoch keinen mindestens 15-minütigen Gesichtskontakt, z.B. ein Gespräch, mit dem Betroffenen gehabt?		
3.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt ohne Schutzausrüstung (z.B. Maske, Brille, Handschuhe) zu Körperausscheidungen, z.B. beim Küssen und Mund-zu-Mund-Beatmung, von Personen die COVID-19 positiv getestet wurden?		
4.	Sind Sie in den letzten 14 Tagen in einem internationalen Risikogebiet oder in einem besonders betroffenen Gebiet in Deutschland gewesen?		
5.	Haben Sie allgemeine Erkältungssymptome (Fieber, Husten, Halsschmerzen etc.)?		

**Wenn eine Frage mit „Ja“ beantwortet werden kann, kann der Athlet nicht am Training teilnehmen!**

Name Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

LGO Euskirchen / Erftstadt für das Training am \_\_\_\_\_

Name des Athleten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Athleten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_

	Bitte ankreuzen:	Ja	Nein
1.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen mindestens 15-minütigen Gesichtskontakt, z.B. ein Gespräch, zu Personen, die COVID-19 positiv getestet wurden? Dazu gehören auch Personen aus demselben Haushalt.		
2.	Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen im selben Raum wie ein bestätigter COVID-19-Fall aufgehalten, z.B. am Arbeitsplatz, jedoch keinen mindestens 15-minütigen Gesichtskontakt, z.B. ein Gespräch, mit dem Betroffenen gehabt?		
3.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt ohne Schutzausrüstung (z.B. Maske, Brille, Handschuhe) zu Körperausscheidungen, z.B. beim Küssen und Mund-zu-Mund-Beatmung, von Personen die COVID-19 positiv getestet wurden?		
4.	Sind Sie in den letzten 14 Tagen in einem internationalen Risikogebiet oder in einem besonders betroffenen Gebiet in Deutschland gewesen?		
5.	Haben Sie allgemeine Erkältungssymptome (Fieber, Husten, Halsschmerzen etc.)?		

**Wenn eine Frage mit „Ja“ beantwortet werden kann, kann der Athlet nicht am Training teilnehmen!**

Name Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_