



## Selbstauskunft zur Teilnahme am Training

Datum des Trainings		
Name		
Vorname		
Anschrift		
Telefon		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu am Corona-Virus erkrankten?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Haben Sie Symptome für COVID-19 wie akute Atembeschwerden, Husten oder Fieber, Abgeschlagenheit und Schwäche?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter