## Judo- Abteilung SCA- Ochtrup

# Dokumentation zur gesundheitlichen

# Selbstbeobachtung vor dem Training/Teilnehmerliste

Datum:_____ Trainingsort:_____

Trainer:_____

Hiermit bestätige ich, dass ich zu Hause vor Trainingsbeginn keines der folgenden Symptome einer möglichen Covid-19-Erkrankung bei mir festgestellt habe:

- Fieber (>37,8°, oral gemessen)
- Husten
- Kurzatmigkeit
- Halsschmerzen
- Schnupfen
- Plötzlicher Geruchs-/ Geschmacksverlust

Ebenso bestätige ich, dass ich keinen wissentlichen Kontakt zu einem Covid-19-Erkrankten hatte.

Ich bin über die Empfehlungen der ETA zur Wiederaufnahme des Unterrichtsbetriebes während der Corona-Pandemie informiert worden. Mir wurden die Verhaltens- und Hygieneregeln erklärt und ich bin bereit, diese einzuhalten und die entsprechenden Anweisungen der unterrichtenden Personen zu befolgen. Mir ist bekannt, dass auch während des Unterrichts für mich ein Restrisiko besteht, mich mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu infizieren. Meine Teilnahme ist freiwillig.
Ich wurde darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten sowie Informationen über Krankheitssymptome oder den Kontakt zu infizierten Personen zusätzlich zu der bisherigen Verarbeitung ausschließlich unter strengster Beachtung des Datenschutzes verwendet werden, um den Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes sowie etwaiger einschlägiger aktueller Vorschriften Genüge zu tun. Ich willige in die Teilnahme am Kurs unter den oben genannten Bedingungen ein.

| Name, Vorname | Geb. Datum | Email | Tel.-Nr. | Unterschrift |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |