



Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschäftsstelle
Leplaystraße 11
04103 Leipzig

Tel. 0341 14990921
Fax 0341 14990922

www.sachsenringer.de
rvs-gs@sachsenringer.de

Haben Sie in den letzten 14 Tagen eines der unten aufgeführten Symptome bei sich festgestellt:

	Symptome	Ja	Nein
1	Erhöhte Körpertemperatur		
2	Husten		
3	Fieber, Niedergeschlagenheit		
4	Atemprobleme (Kurzatmigkeit)		
5	Geschmacks- und/oder Geruchsverlust		
6	Kontakt zu einer mit COVID-19 infizierten Person		
7	Ist eine Person aus Ihrem Haushalt zurzeit in Quarantäne?		

Hiermit erkläre ich, dass ich mich umgehend beim verantwortlichen medizinischen Personal der Veranstaltung melde, sobald ich eines der aufgeführten Symptome bei mir feststelle.

Datum: _____

Unterschrift des Sportlers

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten (für Sportler unter 18 Jahren)

¹⁾ in Anlehnung an den DRB-Fragebogen für eine Teilnahme an den Deutschen Einzelmeisterschaften