|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | --- | --- | | **Verein** |  | | **SpielerIn:** |  | | **Name des gesetzlichen Vertreters:** |  | |

**Ich wurde über die im ÖFB Präventionskonzept enthaltenen Verhaltensregelungen und Schutzmaßnahmen vom ÖFB informiert und versichere gegenüber allen verantwortlichen Beteiligten mich an diese zu halten und umzusetzen.**

**Datenschutz:** Die personenbezogenen Daten werden aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung zum Zwecke der Fortsetzung des Trainingsbetriebes gemäß den geltenden COVID-Bestimmungen verarbeitet und bei Wegfall der Rechtsgrundlage sofort gelöscht.Weitere Informationen erhalten Sie beim jeweils zuständigen Landesverband.

**Unterschrift des gesetzlichen Vertreters:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **1. Hattest du Kontakt von**  **Angesicht zu Angesicht mit einem bestätigten Covid-19Fall?** | **2. Hast du grippale Anzeichen? (Husten? Schnupfen?)** | **3. Leidest du an**  **Kurzatmigkeit/Atemnot oder bekommst du allgemein schlecht Luft?** | **4. Leidest du an einem plötzlichen Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes?** | **5. Hast du Durchfall?** | **6. Hast du Halsschmerzen?** | **7. Fühlst du dich fiebrig?** | **Anmerkung** | **Unterschrift des gesetzlichen Vertreters** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |