



# Zuschauer



**Spielpaarung:**

**TV Dinklage**

-

**Ort/Zeit: Dinklage,**

Name:	Vorname:	Adresse:	Telefonnummer:	Unterschrift:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ausdrücklich, dass ich keine SARS-CoV-2 Infektion (sog. Coronavirus) (z.B. Fieber, Husten, Halsschmerzen, Atemnot, Müdigkeit, Durchfall, Gliederschmerzen, Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinnes.) aufweise. Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Infektion eines Teilnehmers, meine Daten an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben werden.

Ich bestätige, dass ich die Hygienerichtlinien der TV Dinklage Handballabteilung gelesen und zur Kenntnis genommen habe und den zuz. Anweisungen des Hygienebeauftragten folgen werde.

