Durchführung des Spieltages

Staffel:	Datum u. Uhrzeit von-bis:
Sportstätte:	Schutzverantwortlicher:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich das Schutz-, Hygiene und Handlungskonzept des KFA Volleyball Weißenfels im Zusammenhang mit der Eindämmung von COVID 19 zur Kenntnis genommen zu haben und dieses einzuhalten. Es ist mein ausdrücklicher Wunsch an dieser Sportveranstaltung teilzunehmen, auch wissend, dass ein Restrisiko der Infektionsmöglichkeit besteht. Ich bestätige frei von grippeähnlichen Symptomen zu sein und die Unbedenklichkeitserklärung abgegeben zu haben. Im Falle einer Ansteckung erhebe ich keine rechtlichen Ansprüche gegenüber dem KFA Volleyball Weißenfels.

Teilnehmerliste

Name	**Vorname**	**Mannschaft**	**Unterschrift**