**TSV 1960 Herbertshofen e. V.**

Ulrichstr. 20

86405 Herbertshofen

**Dieses Formular ist für Kindern unter 8 Jahren!**

**Unterschrift der Eltern nötig!**

**SARS-COV-2 Risiko – Kontaktrisiko und Symptom-Evaluation**

Abteilung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon oder E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bitte beantworte die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2** | | |
| Hattest du ungeschützten Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage? | ja | nein |
| Liegt eines der bekannten SARS-CoV-2 Symptome in deinem Haushalt vor? | ja | nein |

Sollte eine der Fragen mit „JA“ beantwortet werden, ist die Teilnahme am Training nicht möglich und muss medizinisch abgeklärt werden!

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigter