

1. Haben Sie aktuell **grippeähnliche Symptome**?

JA NEIN

2. Hatten Sie **in den letzten 14 Tagen** grippeähnliche Symptome?

Symptom	JA	NEIN
Halsschmerzen		
Husten (nicht chronisch)		
Schnupfen (nicht chronisch)		
Geschmacksstörungen		
Fieber		
Atembeschwerden		

Für eine genaue Diagnose wenden Sie sich bitte an einen Arzt.

3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen **Kontakt** zu einem vermuteten oder bestätigten COVID-19-Infizierten?

JA NEIN

4. Sind Sie in den letzten 14 Tagen als „**Corona Verdachtsfall**“ abgestrichen worden?

JA NEIN

Wenn JA, war der **Test positiv**:

JA NEIN

5. Gehören **Sie** zu einer Risikogruppe im Sinne von COVID-19?

JA NEIN

6. Ist jemand in Ihrem **Umfeld** in Quarantäne auf Grund von COVID-19?

JA NEIN

Sollten Sie eine der Fragen abschließend mit einem "JA" beantworten, dann müssen Sie von einem Besuch unserer Sportstätte in nächster Zeit absehen!

Wenn Sie jetzt gemäß dieser Selbstauskunft nun am Sport teilnehmen können und wollen, so nehmen Sie dennoch ein Infektionsrisiko wissentlich in Kauf. Darauf wurden Sie hiermit hingewiesen und bestätigen dies rechtswirksam mit Ihrer Unterschrift!

Sie erkennen zudem das Hygiene-Konzept von TAKE OFF Fallschirmsport als verbindlich an und bestätigen hiermit, dieses selbst gelesen und verstanden zu haben.

.....
Datum, Name, Unterschrift