

**Kontaktdatenerhebung für Spieler einer Handballmannschaft im Rahmen der CoronaSchuVO.**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Mannschaft:** \_\_\_\_\_

Nachname	Vorname	Strasse, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon	Unterschrift	Einlass / Ausgang Zeit

**Erklärung:**

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie zu diesem Zeitpunkt absolut symptomfrei sind. Außerdem stimmen Sie zu, dass Ihre persönlichen Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit einer möglichen Covid-19 Infektion durch einen Vertreter des HC Lauchringen I für vier Wochen gespeichert werden dürfen.  
Die Daten dürfen auf Anfrage ebenfalls an die zuständige Gesundheitsbehörde weitergegeben werden.

