

Selbstauskunft

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen und zum Schutz aller ist nachfolgende
Selbstauskunft vor Anreise zur blista auszufüllen:

Name der Teilnehmerin / des Teilnehmers:

Geburtsdatum: _____

Ich versichere / Wir versichern, dass alle Angehörigen des gemeinsamen
Hausstandes des o.g. Teilnehmers/der o.g. Teilnehmerin

1. keines der Krankheitssymptome Fieber, trockener Husten, Atemprobleme,
Verlust des Geschmacks-/Geruchssinns, Halsschmerzen, Gliederschmerzen,
Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall aufweisen,
2. innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt zu mit SARS-CoV2 infizierten
Personen und
3. sich nicht innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet
(www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html)
aufgehalten haben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Mit ist bekannt, dass die Teilnehmerin / der Teilnehmer im Falle des Auftretens der
oben genannten Symptome die Einrichtungen der blista nicht weiter besuchen
darf und umgehend verlassen muss.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei minderjährigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern:

Name, Adresse, E-Mail-Adresse und Mobilfunknummer der Erziehungsberechtigten:

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____

Die von Ihnen gemachten Angaben werden selbstverständlich gemäß DSGVO
behandelt. Vielen Dank für Ihre Kooperation!