

Selbsterklärung zur Teilnahme an Mannschaftsspielen der Badminton Sport Gemeinschaft Neustadt e.V. – Stand: 12.9.2021

Diese Erklärung ist vor Eintritt in die Sportstätte unaufgefordert vorzulegen bzw. dem Mannschaftsführer/in der Heimmannschaft zu übergeben.

Eine Teilnahme am Mannschaftsspiel ohne dieses Formular ist nicht gestattet. Zuschauer bitte Ausfüllen des Einzelformulars.

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass zum Zeitpunkt des Spieltermins

- keine Erkältungssymptome vorhanden sind,
- nach jetzigem Kenntnisstand kein Kontakt mit einer infizierten Person hatte,
- keiner Pflicht zur Absonderung gemäß der aktuellen „Landesverordnung zur Absonderung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten oder krankheitsverdächtigen Personen und deren Hausstandsangehörigen und Kontaktpersonen“ unterliege und
- sofern zum Zeitpunkt des Spieltermins Risikogebiete ausgewiesen sind, mich in den letzten 14-Tagen nicht in einem solchen Gebiet aufgehalten habe.

Ebenso erkläre ich / erklären wir, dass

- a) auf eigenes Risiko die Halle aufgesucht und am Spielbetrieb teilgenommen wird,
- b) Kenntnis über die Verhaltens- und Hygieneregeln des Landes Rheinland-Pfalz, der Stadt Neustadt sowie der BSG Neustadt* besteht und (* s. Homepage: BSG-Neustadt.de)
- c) den Anweisungen der jeweiligen verantwortlichen Person vor Ort Folge geleistet wird.

Die Unterschriftsleister versichern, dass die Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Es ist bekannt, dass ordnungswidrig gehandelt wird, wenn fahrlässig, vorsätzlich oder unrichtige Angaben bestätige.

Nach 4 Wochen nach Spieltermin wird dieses Formular vernichtet.

Spieltag am	BSG NW gegen	von	bis
-------------	---------------------	-----	-----

(Bitte leserlich – Druckbuchstaben)

bitte bei Bedarf Rückseite ausfüllen

Name:	Vorname:	Tel.-Nr.	bin genesen (innerhalb der letzten 6 Monate)	besitze vollständigen Impfschutz (ab dem 15. Tage nach der Zweitimpfung)	bin getestet (Nachweis beifügen bzw. wurde vorgezeigt)	Unterschrift

Name:	Vorname:	Tel.-Nr.	bin genesen (innerhalb der letzten 6 Monate)	besitze vollständigen Impfschutz (ab dem 15. Tage nach der Zweitimpfung)	bin getestet (Nachweis beifügen bzw. wurde vorgezeigt)	Unterschrift

Name:	Vorname:	Tel.-Nr.	bin genesen (innerhalb der letzten 6 Monate)	besitze vollständigen Impfschutz (ab dem 15. Tage nach der Zweitimpfung)	bin getestet (Nachweis beifügen bzw. wurde vorgezeigt)	Unterschrift