

Kontaktformular – Landesmeisterschaften am 05.02.2022 im TSZ Blau-Gold-Casino Darmstadt - Alsfelder Str. 45a



Vollständiger Name	
Straße & Nummer	
PLZ & Ort	
E-Mail	
Telefon-Nummer	
Verein	

Selbstauskunft

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich nur an der Turnierveranstaltung teilnehme, wenn ich nach bestem Wissen gesund bin,
- ich mit der Teilnahme verbundene Risiko eigenverantwortlich eingehe,
- ich nach bestem Wissen keinen Kontakt zu Covid-Erkrankten hatte,
- ich den Mindestabstand von 1,5 m zu Personen einhalte, die nicht mit mir in einem Haushalt leben,
- ich die üblichen Hygienevorschriften einhalte, die nötig sind, um mich und andere vor einer Übertragung des Coronavirus zu schützen, insbesondere
 - Hände waschen/desinfizieren
 - Tragen von FFP2- oder medizinischer OP-Maske
- ich nach Beendigung der Turnierveranstaltung das TSZ direkt verlasse,

ich die notwendigen Bescheinigungen zur Prüfung vor Betreten des TSZ vorlege:

- Bescheinigung über die zweite vollständige Impfung bzw. einer genesenen Covid-Erkrankung,
 - sowie zusätzlich das negative Ergebnis eines PCR-Tests nicht älter als 48h
 - oder das negative Ergebnis eines zertifizierten Antigen-Schnelltest nicht älter als 24h,

oder

- Bescheinigung über eine erfolgte dritte Impfung (Booster)

Ausnahmen regelt die aktuelle Version der Hessische **Coronavirus-Schutzverordnung - CoSchuV**

Eine Überprüfung der Einhaltung der genannten Regelungen erfolgt durch Mitglieder des Vorstandes des TSZ Blau-Gold, jederzeit kann auch eine Prüfung der Gesundheitsbehörde erfolgen.

Eventuelles Fehlverhalten wird zur Anzeige gebracht.

Diese unterschriebene Erklärung ist Voraussetzung zur Teilnahme an der Turnierveranstaltung.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Sofern zutreffend:

- Ein Impfnachweis bzw. eine Bescheinigung über die Genesung wurde den Mitarbeitern des TSZ vorgelegt.
- Das angegebene Datum der Drittimpfung (Booster), Zweitimpfung, das Datum der Bescheinigung über die Genesung bzw. das Datum des Antigen- oder PCR-Negativtest wird durch die Mitarbeiter TSZ bestätigt.

.....

Datum 2. Impfung Datum 3. Impfung Datum negativ Test

.....

Unterschrift TSZ Blau-Gold