

Einwilligung – Teilnahme am Arnis- Training / Übungen / Kursen für Risikogruppen

Mir _____,
 Vorname *Name*

geboren am _____, ist bewusst, dass ich einer Risikogruppe angehöre und bei Ansteckung mit Sars-CoV-2 / Corona / Covid-19 einen schweren Krankheitsverlauf erleiden könnte.

Risikogruppen sind nach Sächsischer Verordnung, dem Robert-Koch-Institut und der WHO klar definiert.

Ich gehöre einer Risikogruppe an und möchte trotzdem am Training, den Übungen und den Kursen beim MAMD teilnehmen.

Ich habe dieses Dokument gelesen, verstanden und willige ein, dass ich gegenüber dem MAMD / Dojo Leipzig / Polzeisportverein Leipzig e.V. keinen Rechtsanspruch habe, wenn ich mich mit dem Virus Sars-CoV-2 / Corona / Covid-19 anstecke. Ich trainiere freiwillig und bin mir dem Risiko bewusst.

Ich erkläre, dass ich zur Zeit gesund bin!

Ich verpflichte mich gegenüber dem Dojo Leipzig, dass ich bei Anzeichen einer Krankheit / einer Ansteckung vom Lehrgang fernbleibe und dieses dem Dojo Leipzig sofort melde.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Daten, die freiwillige Teilnahme am Training ohne Ansteckung und/oder Anzeichen einer Ansteckung, das mir das Risiko bewusst ist und ich die Meldepflicht einhalte.

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße + Hausnummer: _____

PLZ + Wohnort: _____

Telefon: _____

Bemerkung / Vorerkrankung / Sonstiges (Angaben freiwillig):

Unterschrift & Datum:
