

Gesundheits- und Einverständniserklärung

Name:

WICHTIG: wir bitten um's Ausfüllen max. zwei Tage vor Lagerbeginn sowie um sofortige Information, sollte sich in dieser Zeit bis zum Lager etwas verändern!

Hast du im Moment / Hattest du in den letzten Tagen eines dieser Symptome?

	Ja, im Moment	Ja, in den letzten Tagen	Nein
Fieber I Fiebergefühl	☐	☐	☐
Halsschmerzen	☐	☐	☐
Trockener Husten	☐	☐	☐
Kurzatmigkeit	☐	☐	☐
Muskel-, Gliederschmerzen, allg. Schwächegefühl	☐	☐	☐
Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns	☐	☐	☐
Hautausschlag	☐	☐	☐
Kopfschmerzen	☐	☐	☐
Magen-Darm-Symptome	☐	☐	☐
Schnupfen	☐	☐	☐

Hattest du in den letzten zehn Tagen engen Kontakt zu einer Person, die positiv auf Covid-19 getestet wurde?

Ja	Nein
☐	☐

Warst du in der letzten Woche Risikosituationen ausgesetzt (z.B. grosse Partys, ungeschützte Menschenmenge, etc.)?

Ja	Nein
☐	☐

wenn ja, folgende:

Ich bestätigte, dass obenstehende Antworten der Wahrheit entsprechen, ausserdem habe ich das Schutzkonzept gelesen, verstanden und stimme diesem zu.

Datum, Ort

Unterschrift Teilnehmende/ Erziehungsberichtigte