**Einverständniserklärung**

Veranstaltungsname (Datum, Ort)

1. Mir ist bekannt, dass bei einer Anwesenheit an Veranstaltungsname trotz aller Vorsichts-maßnahmen ein **Restrisiko** besteht, sich **mit dem Coronavirus SARSCoV-2 zu infizieren**.
2. Wenn ich am Tag des Kursbeginns **“coronaspezifische“ Krankheitszeichen** habe oder zu einer **Risikogruppe** (vgl. Robert-Koch-Institut) gehöre, **informiere** ich die

KLJB Name *(vor Ort erreichbar: Name Leiter mit Nummer)* und **bleibe** (ohne negatives Testergebnis) **daheim.** Grundsätzlich dürfen an Covid-19 erkrankte Personen und Personen, die vom Gesundheitsamt als Kontaktperson zu Covid-19-Erkrankten der Kategorie I eingestuft wurden oder Kontaktpersonen der Kategorie II (Kontakt zu Covid-19-Erkrankten innerhalb der letzten 14 Tage) am Kurs nicht teilnehmen. Dies gilt auch für Personen mit coronaspezifischen Krankheitszeichen (z. B. Fieber, Atemprobleme, trockener Husten, Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn, Hals- oder Gliederschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall) sowie Personen mit höheren Risiko eines schweren Covid-19-Krankheitsverlaufs. Auch Personen aus Orten, die den Grenzwert von 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner überschritten haben, dürfen ohne negatives Testergebnis nicht teilnehmen.

1. Ich wurde über die **Verhaltens- und Hygieneregeln** unterrichtet. Ich habe das Schutz- und Hygienekonzepts der Veranstaltung zur Kenntnis genommen, werde es einhalten und den Anweisungen des Hauspersonals und der Kursleitung vor Ort **folgen**.
2. Sollte innerhalb von **zwei Wochen** **nach der Teilnahme** an Veranstaltungsname eine **Infektion** bzw. Erkrankung mit dem SARS-CoV-2 oder der Kontakt zu einer infizierten Person festgestellt werden, **informiere** ich die **KLJB Name** umgehend darüber.
3. Ich bin damit einverstanden, dass meine **Kontaktdaten** auch zum Zweck der Nachverfolgbarkeit der Infektionskette gespeichert und gegebenenfalls der **zuständigen Gesundheitsbehörde** **übermittelt** werden.

|  |
| --- |
| **Ich nehme** an Veranstaltungsname **unter den oben genannten Bedingungen teil****Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Bei Minderjährigen:** Unterschriften der **Erziehungsberechtigten** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **Kontaktdaten der Teilnehmer\*in**Vorname, Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Handynummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |