



Symptomfreiheitsliste

Monat / Jahr: _____

Name, Vorname des minderjährigen Mitgliedes: _____

Name der Gruppe / Sparte: _____

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das o.g. Kind sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, Durchfall) aufweisen (vgl. Allgemeinverfügung des Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (Sozialministerium)).

Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Diese Symptomfreiheitsliste ist am jeweiligen Trainingstag mit Datum und Unterschrift der /des Erziehungsberechtigten dem Trainer vorzulegen. Bei Nichtvorlage ist eine Trainingsteilnahme ausgeschlossen. Am Monatsende ist diese Liste beim jeweiligen Trainer abzugeben.