

# KONTAKTVERFOLGUNG

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Beginn Training: \_\_\_\_\_ Uhr – Ende Training: \_\_\_\_\_ Uhr

Kursteilnahme:

Kurs: \_\_\_\_\_

Ich willige hiermit ein, dass meine personenbezogenen Daten zur Verfolgung von Infektionsketten des Covid19 Virus, an Gesundheitsbehörden weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift