



TEILNAHMELISTE HANDBALL-SPIELBETRIEB

Spielort: _____

Spielpaarung: _____

Datum: _____

Zeitraum: _____

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Rolle (Spieler, Trainer, Zuschauer): _____

Adresse: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Regeln zur Durchführung des Handball-Spielbetriebs (DHB Return To Play- Spielbetrieb, regionale Corona-Schutzverordnungen und ggf. individuelle Vereinskonzeppte) gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Folgende Regeln gilt es vor allem zu beachten:

- Einhaltung des Mindestabstandes
- Einhaltung der Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen

Zusätzlich ist der Symptom-Fragebogen von allen teilnehmenden Personen am Spielbetrieb auszufüllen (s. www.dhb.de/returntoplay). Personen, die Symptome einer Covid-19-Erkrankung aufweisen, dürfen nicht am Trainings- und Spiel-betrieb teilnehmen.

Sollte es zur Infektion einer teilnehmenden Person kommen, sollte umgehend das örtliche Gesundheitsamt kontaktiert und die ausgefüllten Listen zur Kontaktaufnahme der anwesenden Personen bereitgehalten werden.

Datum, Ort

Unterschrift