

Hiermit bestätige ich _____

dass mein Sohn/Tochter _____

heute absolut symptomfrei ist. Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten und die persönlichen Daten meines Sohnes/Tochter zum Zwecke der Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit einer möglichen COVID-19 Infektion durch die DLRG Nieder-Eschbach e. V. genutzt und für 4 Wochen gespeichert werden dürfen. Die Daten dürfen auf Anfrage ebenfalls an die zuständige Gesundheitsbehörde weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit bestätige ich _____

dass mein Sohn/Tochter _____

heute absolut symptomfrei ist. Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten und die persönlichen Daten meines Sohnes/Tochter zum Zwecke der Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit einer möglichen COVID-19 Infektion durch die DLRG Nieder-Eschbach e. V. genutzt und für 4 Wochen gespeichert werden dürfen. Die Daten dürfen auf Anfrage ebenfalls an die zuständige Gesundheitsbehörde weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift