

Ihr Besuch der Schwimmhalle Preetz am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### **Persönliche Daten**

Nachname, Vorname\* \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Ort\* \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer\* \_\_\_\_\_

Telefonnummer/E-Mail-Adresse\* \_\_\_\_\_

### **Begleitpersonen**

Es können bis zu drei weitere Personen hinzugefügt werden, so dass dieses Formular für insgesamt vier Personen genutzt werden kann.

Für mehr als vier Personen füllen Sie bitte ein weiteres Formular aus.

#### **2. Person**

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Ist diese Person unter den gleichen Kontaktdaten wie Sie erreichbar?  Ja  Nein

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer/E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

#### **3. Person**

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Ist diese Person unter den gleichen Kontaktdaten wie Sie erreichbar?  Ja  Nein

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer/E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

#### **4. Person**

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Ist diese Person unter den gleichen Kontaktdaten wie Sie erreichbar?  Ja  Nein

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer/E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### **Hiermit bestätige ich,**

- dass ich/wir mich/uns weder in Quarantäne befinde/n, noch eine COVID-19-Infektion bei mir/uns vorliegt.
- dass ich/wir keine grippeähnlichen Symptome (z.B. Fieber oder Husten) habe/n und in den letzten 14 Tagen keinen wissentlichen Kontakt zu Personen, die an COVID-19 erkrankt sind, hatte/n.

Alle mit \* gekennzeichneten Felder müssen aufgefüllt werden.