

Teilnehmerbogen



Angebot:

<input type="checkbox"/> Studio <input type="checkbox"/> Kurs	(Wenn Kurs, hier bitte Sportart eintragen)
Trainer:	
Tag (Datum) - Uhrzeit	

Teilnehmer:

Vor- und Nachname:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Nachverfolgung von möglichen Infektionsketten erhoben, gespeichert und auf Nachfrage dem Gesundheitsamt weitergegeben werden.

Nach Aufhebung der Corona-Maßnahmen werden die Daten unverzüglich gelöscht.

Frankfurt am Main, _____
Datum

Unterschrift