

# An alle Teilnehmer von Bundesmaßnahmen

## Anamnesebogen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die folgenden Angaben wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben und die Trainingsmaßnahme auf eigene Gefahr zu besuchen. Ich bin mir der Ansteckungsgefahr trotz der stattfindenden Hygiene Maßnahme bewusst.

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

Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

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

Ort der Maßnahme: \_\_\_\_\_

**Erhöhte Temperatur:** Ja ( ) nein ( )

**Covid Schnelltest:** positiv ( ) negativ ( )

1. Ich fühle mich gesund und hatte in der letzten 14 Tagen keine Erkältung. Ja ( ) Nein ( )

In der Sporthalle müssen Trainer/in und Sportler ein Mund-Nasenschutz tragen. Während dem Wettkampf oder dem Training kann der Sportler diesen ablegen. Die Hygienemaßnahmen werden eingehalten. Abstand halten, Hände regelmäßiges waschen/desinfizieren und nicht spucken. Bitte bei Benutzung der Duschen nur jede zweite nutzen, so dass genug Abstand besteht.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sportler/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte

Bundesfachverband für Kickboxen e.V. - WAKO Deutschland

[www.wako-deutschland.de](http://www.wako-deutschland.de)



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages