

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich, zum Zwecke der Aufrechterhaltung der Infektionskette in Zeiten der Corona Pandemie, einverstanden. Zudem versichere ich keine erkennbaren Symptome einer CoVID-19 Erkrankung zu zeigen und innerhalb der letzten 14 Tage weder Kontakt zu infizierten Personen zu haben, noch aus dem Ausland zurückgekehrt zu sein. Mir ist bewusst, dass meine Daten für ca. 6 Wochen ausschließlich zum Gesundheitsschutz und in Papierform aufbewahrt und im Anschluss gelöscht werden.

Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Dessau, _____

Unterschrift eines/einer Sorgeberechtigten oder volljährige/n Badebesucher/in