Veranstaltung: **Datum:**

Hiermit bestätige ich, dass ich zum Zeitpunkt der oben genannten Veranstaltung frei von Symptomen einer Covid-19 Erkrankung bin

Name	**Vorname**	**Geburtsdatum**	**Anschrift**	**E-Mail**	**Telefonnummer**	**Unterschrift**