

Angebot:

Kurs / Sportart:	
Trainer:	
Tag - Uhrzeit	
Sportzentrum (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> SPORTPUNKT der FTG Frankfurt (Marburger Str. 28) <input type="checkbox"/> SPORTGARTEN der FTG Frankfurt (Rebstöcker Weg 15)

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