

## Teilnehmerbogen „Kampfsport“

Sportart: (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Aikido <input type="checkbox"/> Capoeira <input type="checkbox"/> Dang Fu Do <input type="checkbox"/> Kickboxen
Trainer:	
Tag - Uhrzeit	
Sportzentrum	SPORTPUNKT der FTG Frankfurt

### 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