



VFM NDS-Cup

Covid-19 Selbstauskunft für den NMX Cup am 18./19.09.2021  
Covid-19 self-disclosure for the NMX Cup on 18./19.09.2021

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
surname, first name

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
street, house number

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
postcode, city

Tel.: \_\_\_\_\_  
phone

Teilnehmer Klasse: \_\_\_\_\_ Startnummer: \_\_\_\_\_  
racing class start number

Fahrer/driver      Betreuer/supervisor      Zuschauer/visitor      Helfer/Presse

Hiermit bestätige ich:      Getestet/tested      Geimpft/vaccinated      Genesen/recovered  
I confirmed herewith:

- Dass ich frei von Symptomen wie zum Beispiel Fieber, Husten, Schnupfen sowie Kratzen im Hals, gestörtem Geschmacks- und Geruchssinn bin  
That I am free from symptoms such as fever, cough, runny nose and scratchy throat, impaired sense of taste and smell
- In den vergangenen 14 Tagen keinen Kontakt zu einer mit Corona infizierten Person gehabt habe  
Have not had any contact with a person infected with Corona in the last 14 days
- Mich in den vergangenen 14 Tagen nicht in einem Covid-19 Risikogebiet bzw. Hochrisikogebiet oder Virusvariantengebiet befunden habe  
I have not been in a Covid-19 risk area, high risk area or virus variant area in the last 14 days
- Mir die umzusetzenden Hygieneregeln und der Mindestabstand 1,5m bekannt sind und ich diese berücksichtige  
I know the hygiene rules to be implemented and the minimum distance of 1.5m and I take them into account
- Ich während der Veranstaltung meinen Mund-Nasen-Schutz in den entsprechend vom Veranstalter ausgewiesenen Bereichen trage  
During the event, I wear my face mask in the areas designated by the organizer
- Ich alle zusätzlichen Bestimmungen für die Veranstaltung zur Kenntnis genommen habe und berücksichtige  
I have note and consider all additional provisions for the event
- Ich bin damit einverstanden, dass die Daten dem Gesundheitsamt, im Rahmen einer Infektionskettennachverfolgung weitergegeben werden. Es erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte  
I consent to the data being passed on to the health department as part of an infection chain follow-up. My data will not be passed on to third parties

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_