



Name: \_\_\_\_\_

Personenanzahl: \_\_\_\_\_

Name Mitreisende: \_\_\_\_\_

Geplanter Aufenthalt: Von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten: \_\_\_\_\_

Stellplatznummer: \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich Folgendes:**

- Dass ich keine Symptome einer Covid-19 Erkrankung aufweise und in den vergangenen 14 Tagen keinen Kontakt zu einer an Covid-19 erkrankten Person hatte.
- Dass ich aus keinem ausgewiesenen Risikogebiet komme.
- Dass ich keine unspezifischen Allgemeinsymptome aufweise.
- Dass alle mitreisenden Personen im gleichen Haushalt leben oder für das Verhältnis zueinander die allgemeinen Kontaktbeschränkungen gemäß der jeweils aktuellen Rechtslage gelten.
- Sollten sich bei mir oder meinen Mitreisenden während des Aufenthalts Symptome entwickeln, werde ich mich unverzüglich isolieren und Gemeinschaftsräumlichkeiten nicht mehr betreten. Ich werde so rasch als möglich den Aufenthalt beenden.
- Dass ich beim Betreten geschlossener Gemeinschaftsräume, insbesondere der Sanitäreinrichtungen und der Rezeption eine medizinische Maske oder FFP-2 Maske tragen werde, sowie an jedem Ort den Mindestabstand von 1,5 m einhalten werde.

---

Datum

Unterschrift