

Name des Reiters: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Wunschkpferd: \_\_\_\_\_ Ersatzpferd: \_\_\_\_\_

Wettbewerb:  Nr. 1: Führzügel-WB  Nr. 2: Longenreiter-WB  Nr. 3: Reiter-WB Schritt-Trab  
 Nr. 4: Dressurreiter-WB Kl. E  Nr. 5: Dressurprüfung Kl. A\*  Nr. 6: Caprilli-Test

**Startgebühr: 6 Euro** Die Startgebühr wird am Veranstaltungstag in einem Briefumschlag (mit Name beschriftet) an der Einlasskontrolle abgegeben. Auch bei Verhinderung muss die Startgebühr gezahlt werden.

Teilnahmeerlaubnis - Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ -----  
**Je Begleitperson bitte ein Formular ausfüllen und an der Einlasskontrolle abgeben, sonst darf das Gelände nicht betreten werden!**

### ANWESENHEITSNACHWEIS

 nach den Bestimmungen der §§ 6 – 12 IfSG (Infektionsschutzgesetz) anlässlich COVID19 (Corona)

Veranstalter/ Ort: RFV „Herodot“ Leipzig, Heiterblickstr. 17, 04347 Leipzig Veranstaltungsdatum: 3.10.2020

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich bin:  Begleitperson von (Name des Teilnehmers): \_\_\_\_\_

- Die Abgabe und Speicherung meiner Daten bei den zuständigen Gesundheitsbehörden genehmige ich nur zum Nachweis evtl. auftretender Infektionswege.
- Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an andere Dritte wird ausdrücklich nicht gestattet.
- Ich verpflichte mich, die veröffentlichten und ausgehängten Hygienemaßnahmen, Abstandsregeln und weiteren Verhaltensregeln einzuhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift

----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ -----  
**Je Begleitperson bitte ein Formular ausfüllen und an der Einlasskontrolle abgeben, sonst darf das Gelände nicht betreten werden!**

### ANWESENHEITSNACHWEIS

 nach den Bestimmungen der §§ 6 – 12 IfSG (Infektionsschutzgesetz) anlässlich COVID19 (Corona)

Veranstalter/ Ort: RFV „Herodot“ Leipzig, Heiterblickstr. 17, 04347 Leipzig Veranstaltungsdatum: 3.10.2020

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich bin:  Begleitperson von (Name des Teilnehmers): \_\_\_\_\_

- Die Abgabe und Speicherung meiner Daten bei den zuständigen Gesundheitsbehörden genehmige ich nur zum Nachweis evtl. auftretender Infektionswege.
- Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an andere Dritte wird ausdrücklich nicht gestattet.
- Ich verpflichte mich, die veröffentlichten und ausgehängten Hygienemaßnahmen, Abstandsregeln und weiteren Verhaltensregeln einzuhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift