**KlimaOase in der Pfarre:**

**Datum:**

**Kontaktformular für Freiwillige**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich aktuell keine Symptome wie Husten (meist trocken), Halsschmerzen, Kurzatmigkeit, Fieber, Fiebergefühl, Muskelschmerzen, plötzlicher Verlust des Geruchs- und/ oder Geschmackssinns, Kopfschmerzen, Magen-Darm-Symptome oder Bindehautentzündung aufweise.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname | Nachname | Telefon | Email |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |