

Selbstauskunft

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen und zum Schutz aller ist nachfolgende Selbstauskunft vor Anreise zur blista auszufüllen:

Ich versichere / Wir versichern, dass

Name der Schülerin / des Schülers: _____

Geburtsdatum: _____

alle Angehörigen des gemeinsamen Hausstandes

1. keines der Krankheitssymptome Fieber, Husten, Atemnot aufweisen,
2. innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt zu COVID-19 infizierten Personen und
3. kein enger, haushaltsähnlicher Kontakt zu einer Person besteht, die auf dem Land-, See- oder Luftweg aus einem Staat außerhalb der Bundesrepublik Deutschland eingereist ist (dies gilt für einen Zeitraum von 14 Tagen seit der Einreise).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Mir ist bekannt, dass im Falle des Auftretens der Krankheitssymptome Fieber, Husten, Atemnot die Schülerin / der Schüler die Einrichtungen der blista nicht weiter besuchen darf und umgehend verlassen muss.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei minderjährigen Schülerinnen und Schülern:

Name, Adresse, E-Mail-Adresse und Mobilfunknummer der Erziehungsberechtigten:

Unterschrift Erziehungsberechtigte / Erziehungsberechtigter _____

Die von Ihnen gemachten Angaben werden selbstverständlich gemäß DSGVO behandelt.

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

Deutsche Blindenstudienanstalt e.V. (blista)

Vorsitzender: Claus Duncker

stellv. Vorsitzender: Patrick Temmesfeld

Verwaltungsratsvorsitzender: Bernd Höhmann

Vereinsregister: Marburg 16 VR 712

Postfach 1160, 35001 Marburg

blistaCampus, Am Schlag 2-12, 35037 Marburg

Tel.: 06421 606-0

Fax: 06421 606-259

E-Mail: info@blista.de

Internet: www.blista.de

Spendenkonto:

Commerzbank AG, Marburg

IBAN: DE65 5334 0024 0391 2755 00

SWIFT-BIC: COBADEFFXXX

USt.-ID: DE 11334 7566

Die Gestaltung dieses Briefpapiers erfolgt
nach Grundsätzen der Barrierefreiheit.