



# Haftungsausschluss Bikepark am Sauerberg Inkl. Vorsorgeabfrage wegen SARS-CoV2 (Corona)



Hiermit erkläre ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

(Bitte in Druckschrift, vollständig und GUT LESBAR ausfüllen)

die Allgemeinen Sicherheitshinweise sowie Verhaltensregeln gelesen und verstanden zu haben und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich allen Regeln und den Sicherheitshinweisen Folge leiste, sowie diese akzeptiere.

Als Nutzer des Bikeparks hafte ich für alle durch die Nutzung des Bikeparks entstehenden mittelbaren und unmittelbaren Schäden, auch gegenüber Dritten. Mir ist bekannt, dass der Betreiber des Bikeparks weder mir noch Dritten gegenüber für Sturzschäden oder irgendwelche andere Schäden, die im Zusammenhang mit der Nutzung des Bikepark stehen, haftet. Dies schließt Personen- und Sachschäden, die durch die Nutzung des Schlepliftes entstehen AUSDRÜCKLICH ein. Der Betreiber haftet ausschließlich für grobfahrlässiges oder vorsätzliches Handeln. Dies gilt auch für die Haftung von Angestellten, Mitarbeitern, Vertretern oder Erfüllungsgehilfen des Betreibers.

### Gesetzliche Vertreter von Minderjährigen:

Hiermit erkläre ich als gesetzlicher Vertreter mein Einverständnis, dass mein Kind die Anlagen auch ohne meine Begleitung nutzt. Diese Nutzung ist an die Sicherheitshinweise und Verhaltensregeln gebunden. Diese wurden von mir gelesen, meinem Kind erläutert und verstanden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein vorbehaltloses Einverständnis zu Sicherheitshinweisen und Verhaltensregeln.

Der Schleplift darf von Personen unter 6 Jahre nicht genutzt werden. Kinder unter 8 Jahren benötigen die Aufsicht eines Erwachsenen. Mir ist bewusst, dass gesetzliche Vertreter für ihre Kinder haften und die Haftung des Betreibers und seiner Mitarbeiter generell auf Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit beschränkt ist.

Als gesetzlicher Vertreter unterzeichne ich diesen Haftungsausschluss für folgende weitere Personen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Darüber hinaus bestätige ich:

- weder ich noch die genannten weiteren Personen weisen aktuell auf bzw. haben in den letzten 14 Tagen Symptome (Husten, Halsweh, Fieber oder erhöhte Temperatur ab 38 °C, Geruchs- oder Geschmacksstörungen, allgemeines Krankheitsgefühl, Muskelschmerzen) einer SARS-CoV-Infektion (Corona) aufgewiesen.
- Weder bei mir noch eine der genannten Personen wurden in den letzten 14 Tagen positiv auf SARS-CoV getestet
- Weder ich noch eine der genannten Personen hatten in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer positiv auf SARS-CoV getesteten Person

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

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