Abteilung:		Verein:		Verantwortlicher:	
Wochentag:		Halle:			
Datum:		Ort:		Uhrzeit:	
Name	Vorname	Anschrift	Tel.-Nr.	Sympthomfrei	Begleitperson

Hiermit bestätige ich, dass bei der Ausübung der Trainingseinheit/ des Spiels die Vorgben zum Infektionsschutz eingehalten wurden.

Name des Übungsleiters / der Übungsleiterin / des Mannschaftsverantwortlichen:_____

_____

Datum, Unterschift