Verein:		Abteilung:	Mannschaft:	
Halle:		Ort:		
Wochentag:		Datum:	Uhrzeit:	
Nachname	**Vorname**	**Anschrift**	**Telefon**	**Symptomfrei Ja/Nein?**

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

Name des Übungsleiters / der Übungsleiterin / des Mannschaftsverantwortlichen:_____

_____

Datum, Unterschrift

HSG LÖHNE-OBERNBECK