

Trainingseinheit /  
Mannschaftsspiel am:

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass keine Symptome für akute Atemwegserkrankungen wie Husten, Fieber, Muskelschmerzen, Störung des Geruchs- oder Geschmackssinns, Durchfall oder Übelkeit bestehen.

	Name, Vorname	Telefon	Email	Unterschrift
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				