



Teilnehmerliste ASC 09 Trainingseinheit - Senioren

Team:

Coach:

Ort:

Datum:

Teilnehmer*innen

Vorname	Name	E-Mail	Telefonnummer	Unterschrift*

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich (ggf. Erziehungsberechtigte*r), dass ich in den letzten 14 Tagen keinen persönlichen Kontakt zu mit CoViD-19 infizierten Personen hatte und keine Symptome wie Fieber, Husten oder Halsschmerzen zeige.



Teilnehmerliste ASC 09 Trainingseinheit - Junioren

Team:

Coach:

Ort:

Datum:

Teilnehmer*innen

Vorname	Name	E-Mail	Telefonnummer	Unterschrift*

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich (ggf. Erziehungsberechtigte*r), dass ich in den letzten 14 Tagen keinen persönlichen Kontakt zu mit CoViD-19 infizierten Personen hatte und keine Symptome wie Fieber, Husten oder Halsschmerzen zeige. Während der Trainingszeit bin ich als Erziehungsberechtigte*r unter genannten Telefonnummer erreichbar.

