



Bestätigung ASC 09 Trainingseinheit Junioren-Teams

Team: _____

Coach: _____

Ort: _____

Datum: _____

Teilnehmer*innen

Vorname	Name	E-Mail	Telefonnummer	Unterschrift*

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

Während des Trainings bin ich unter der o. g. Telefonnummer erreichbar!