

Mannschaftsliste

Verein		Spielpaarung		Datum / Uhrzeit	
--------	--	--------------	--	-----------------	--

	Name	Vorname	Adresse	Telefonnummer	Geimpft	Genesen	Getestet	Unterschrift
Spieler/in	1.							
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	7.							
	8.							
	9.							
	10.							
	11.							
	12.							
	13.							
	14.							
Offizielle	A							
	B							
	C							
	D							

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich keine Symptome einer SARS-CoV-2 Infektion (z.B. Fieber, Husten, Halsschmerzen etc.) aufweise. Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Infektion eines Teilnehmers, meine Daten an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben werden. Ich habe das Hygienekonzept gelesen und zur Kenntnis genommen.