|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Abteilung: | |  | | |
| Trainingsgruppe: | |  | | |
| Datum/Uhrzeit: | |  | | |
| Übungsleiter: | |  | | |
| Trainingsort: | |  | | |
|  |  | |  |  | |  | | |  |  |
| **Nr.** | **Vor- und Nachname** | | **Kontaktdaten**  **(Adresse/Telefon/E-Mail)** | | | **Genesen** | **Geimpft** | **Getestet** | **Unterschrift** | |
|  |  | |  | | |  |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  |  |  |  | |
|  |  | |  | | |  |  |  |  | |

***Mit meiner Unterschrift auf der Anwesenheitsliste bestätige ich, dass meine Angaben korrekt sind. Ich bestätige ferner, dass ich symptomfrei bin und allen Weisungen des Übungsleiters zur Minimierung des Ansteckungsrisikos folgen werde.***