

Teilnehmerliste vom _____ von _____ bis _____
(Datum) (Uhrzeit) (Uhrzeit)

in _____
(Turn-/Sporthalle)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass **keine** der folgenden coronabedingten Symptomatiken habe:
 Fieber, allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen, Husten, Dyspnoe (Atemnot), Geschmacks- und/oder Riechstörungen oder Halsschmerzen

Lfd. Nr.	Name <small>(Bitte in Druckschrift!)</small>	Vorname <small>(Bitte in Druckschrift!)</small>	Unterschrift der/s Teilnehmerin/Teilnehmers
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			