



Teilnahmeliste Handballspielbetrieb SC Greven 09 Gastmannschaft



Spielort: _____

Mannschaft: _____

Spielpaarung: _____

Datum: _____

Zeitraum von/bis: _____

Daten der aktiven Spielerinnen und Trainer

Name	Adresse	Telefonnummer

Jede Spielerin bestätigt mit ihrer Unterschrift, dass sie an keinerlei Symptomen wie Fieber, allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf und Gliederschmerzen, Husten, Dyspnoe (Atemnot), Geschmacks- und/oder Riechstörungen oder Halsschmerzen leidet. Ansonsten wird sie nicht an den Spielen teilnehmen.