

## Mannschaftsliste

Verein		Datum		Uhrzeit	
--------	--	-------	--	---------	--

	Name	Vorname	Adresse	Handy / Telefon	Nachweis 3G	Unterschrift
Spieler/in	1.					
	2.					
	3.					
	4.					
	5.					
	6.					
	7.					
	8.					
	9.					
	10.					
	11.					
	12.					
	13.					
	14.					
	15.					
	16.					
	17.					
	18.					
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.