

Heimmannschaft _____ vs. Auswärtsmannschaft _____

Spieltag _____ Spielzeit _____
von _____ bis _____

Teilnehmer:

| Heimmannschaft: "VEREINSNAME" | | | | |
|--------------------------------------|---------------|------------|--|--|
| Name | Straße | Ort | Kontaktdaten (Email o. Telefon) | Funktion (Spieler, Trainer, Betreuer) |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass von jedem Teilnehmer des Spieltages (z.B. Spieler, Trainer, Schiedsgericht) der ausgefüllte "Fragebogen Gesundheit" vorliegt und so ausgefüllt ist, dass eine Teilnahme am Spieltag möglich ist.

Für die Richtigkeit: _____
(Hygienebeauftragter Heimmannschaft)

Gesehen beim Spieltag: _____
(Hygienebeauftragter Gastmannschaft)

Name - leserlich: _____

Name - leserlich: _____