Anwesenheitsliste

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich …

· die Sporthallenregeln sowie das Hygienekonzept gelesen habe und beides akzeptiere!
· keine der folgenden Symtome habe: In den letzten 7 Tage Fieber (über 38° C), ein allgem. Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen, Husten, Atemnot, Geschmacks- und/oder Geruchsverlust, Halsschmerzen, Schnupfen, Durchfall oder Schüttelfrost!
· in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu Personen hatte, bei denen der Verdacht auf (COVID -19) besteht, es diagnostiziert wurde oder sich in Gesundheitsüberwachung befinden!

Nr.	Name	Vorname	Datum Unterschrift	Datum Unterschrift	Datum Unterschrift	Datum Unterschrift
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						