



Anwesenheitsliste

Trainingsstätte: _____ Datum: _____ Trainingsbeginn / -ende: _____ - _____ Uhr

Abteilung: _____ Für das Training verantwortliche Person: _____

Bitte beachten:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die auf der Homepage und im Aushang aufgeführten Regeln des TSV Zweiflingen e.V. zur Durchführung des Übungs- und Trainingsbetriebs in den Sportanlagen Zweiflingen und Westernbach gelesen und zur Kenntnis genommen habe und die Regeln strikt beachten werde.

Von der Teilnahme am Trainings- und Übungsbetrieb ausgeschlossen sind Personen, die in Kontakt zu einer infizierten Person stehen oder standen, wenn seit dem Kontakt mit einer infizierten Person noch nicht 14 Tage vergangen sind, oder die Symptome eines Atemwegsinfekts oder erhöhte Temperatur aufweisen. Personen, bei denen COVID-19 diagnostiziert wurde, dürfen frühestens nach 14 Tagen und nur mit ärztlichem Zeugnis wieder am Training teilnehmen.

| Nr. | Name, Vorname | Telefon Nr. | Regeln akzeptiert | Symptomfreiheit | Unterschrift |
|-----|---------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| 1 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Anwesenheitsliste



| | | | | | |
|----|--|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 12 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 21 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 22 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 23 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 24 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 25 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 26 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 27 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 28 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 29 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |