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.

Bei unter 18-jährigen ist beim erstmaligen Übungs-/Trainingsstundenbesuch die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten erforderlich. Dies gilt als Einverständniserklärung, dass die Tochter / der Sohn teilnehmen darf und die Erziehungsberechtigten mit den Regeln und Vorschriften einverstanden sind.

Von der Teilnahme am Trainings- und Übungsbetrieb grundsätzlich 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.
* welche die Regeln nicht akzeptieren und / oder nicht symptomfrei sind.

Die Trainer\*innen haben sich vor Trainingsbeginn von der korrekt ausgefüllten Anwesenheitsliste zu überzeugen und einzelne Teilnehmer auf fehlende oder falsche Eintragungen hinzuweisen.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Name, Vorname** | **Telefon Nr.** | **Regeln akzeptiert** | **Symptom- freiheit** | **Genesen** | **Vollständig Geimpft** | **COVID-19 Test****negativ** | **Unterschrift**  |
| **1** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **2** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **3** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **4** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **5** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **Nr.** | **Name, Vorname** | **Telefon Nr.** | **Regeln akzeptiert** | **Symptom- freiheit** | **Genesen** | **Vollständig Geimpft** | **COVID-19 Test****negativ** | **Unterschrift**  |
| **6** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **7** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **8** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **9** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **10** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **11** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **12** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **13** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **14** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **15** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **16** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **Nr.** | **Name, Vorname** | **Telefon Nr.** | **Regeln akzeptiert** | **Symptom- freiheit** | **Genesen** | **Vollständig Geimpft** | **COVID-19 Test****negativ** | **Unterschrift**  |
| **17** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **18** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **19** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **20** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **21** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **22** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **23** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **24** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **25** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **26** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **27** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **Nr.** | **Name, Vorname** | **Telefon Nr.** | **Regeln akzeptiert** | **Symptom- freiheit** | **Genesen** | **Vollständig Geimpft** | **COVID-19 Test****negativ** | **Unterschrift**  |
| **28** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **29** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **30** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **31** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **32** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **33** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **34** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **35** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **36** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **37** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **38** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **Nr.** | **Name, Vorname** | **Telefon Nr.** | **Regeln akzeptiert** | **Symptom- freiheit** | **Genesen** | **Vollständig Geimpft** | **COVID-19 Test****negativ** | **Unterschrift**  |
| **39** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **40** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **41** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **42** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **43** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **44** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **45** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **46** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **47** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **48** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |
| **49** |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |