



**Anlage: Testspiele**

**Mannschaftsliste: Verein:**

**Ort/Zeit:**

**Spielpaarung: HSG -**

Lfd Nr	Funktion	Name	Vorname	Adresse	Telefonnummer	Unterschrift*
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich ausdrücklich, dass ich keine Symptome einer SARS-CoV-2 Infektion (sog. Coronavirus) (z.B. Fieber, Husten, Halsschmerzen, Atemnot, Müdigkeit, Durchfall, Gliederschmerzen, Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinnes.) aufweise. Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Infektion eines Teilnehmers, meine Daten an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben werden.

Lfd Nr	Funktion	Name	Vorname	Adresse	Telefonnummer	Unterschrift*
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich ausdrücklich, dass ich keine Symptome einer SARS-CoV-2 Infektion (sog. Coronavirus) (z.B. Fieber, Husten, Halsschmerzen, Atemnot, Müdigkeit, Durchfall, Gliederschmerzen, Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinnes.) aufweise. Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Infektion eines Teilnehmers, meine Daten an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben werden.