



Anlage: Saisonspiele 2021/-22

Halle:

Zuschauerliste HSG Nordhorn

Datum:

Zeit:

Gegner:

| Lfd Nr | 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 | 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.

| Lfd Nr | Name | Vorname | Adresse | Telefonnummer | *Unterschrift |
|--------|------|---------|---------|---------------|---------------|
| 23     |      |         |         |               |               |
| 24     |      |         |         |               |               |
| 25     |      |         |         |               |               |
| 26     |      |         |         |               |               |
| 27     |      |         |         |               |               |
| 28     |      |         |         |               |               |
| 29     |      |         |         |               |               |
| 30     |      |         |         |               |               |
| 31     |      |         |         |               |               |
| 32     |      |         |         |               |               |
| 33     |      |         |         |               |               |
| 34     |      |         |         |               |               |
| 35     |      |         |         |               |               |

- 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 | Name | Vorname | Adresse | Telefonnummer | *Unterschrift |
|--------|------|---------|---------|---------------|---------------|
| 36     |      |         |         |               |               |
| 37     |      |         |         |               |               |
| 38     |      |         |         |               |               |
| 39     |      |         |         |               |               |
| 40     |      |         |         |               |               |
| 41     |      |         |         |               |               |
| 42     |      |         |         |               |               |
| 43     |      |         |         |               |               |
| 44     |      |         |         |               |               |
| 45     |      |         |         |               |               |
| 46     |      |         |         |               |               |
| 47     |      |         |         |               |               |
| 48     |      |         |         |               |               |

- 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 | Name | Vorname | Adresse | Telefonnummer | *Unterschrift |
|--------|------|---------|---------|---------------|---------------|
| 49     |      |         |         |               |               |
| 50     |      |         |         |               |               |
| 51     |      |         |         |               |               |
| 52     |      |         |         |               |               |
| 53     |      |         |         |               |               |
| 54     |      |         |         |               |               |
| 55     |      |         |         |               |               |
| 56     |      |         |         |               |               |
| 57     |      |         |         |               |               |
| 58     |      |         |         |               |               |
| 59     |      |         |         |               |               |
| 60     |      |         |         |               |               |
| 70     |      |         |         |               |               |

- 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 | Name | Vorname | Adresse | Telefonnummer | *Unterschrift |
|--------|------|---------|---------|---------------|---------------|
| 71     |      |         |         |               |               |
| 72     |      |         |         |               |               |
| 73     |      |         |         |               |               |
| 74     |      |         |         |               |               |
| 75     |      |         |         |               |               |
| 76     |      |         |         |               |               |
| 77     |      |         |         |               |               |
| 78     |      |         |         |               |               |
| 79     |      |         |         |               |               |
| 80     |      |         |         |               |               |
| 81     |      |         |         |               |               |
| 82     |      |         |         |               |               |
| 83     |      |         |         |               |               |

- 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 | Name | Vorname | Adresse | Telefonnummer | *Unterschrift |
|--------|------|---------|---------|---------------|---------------|
| 84     |      |         |         |               |               |
| 85     |      |         |         |               |               |
| 86     |      |         |         |               |               |
| 87     |      |         |         |               |               |
| 88     |      |         |         |               |               |
| 89     |      |         |         |               |               |
| 90     |      |         |         |               |               |
| 91     |      |         |         |               |               |
| 92     |      |         |         |               |               |
| 93     |      |         |         |               |               |
| 94     |      |         |         |               |               |
| 95     |      |         |         |               |               |
| 96     |      |         |         |               |               |

- 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.