



HG Zirndorf

HANDBALLGEMEINSCHAFT

Hygienekonzept - Teilnehmerliste

Datum:	
Uhrzeit:	
Halle:	
Verein:	
Ansprechpartner:	
Kontaktdaten:	

Hiermit bestätigen die jeweiligen Spieler:innen, Mannschaftsverantwortlichen und am Spiel Beteiligten ihre 48-stündige Symptommfreiheit. Ebenso bestätigen Sie die Durchführung eines höchstens 24 Stunden vor Spielbeginn durchgeführten Tests mit negativem Ergebnis.

Spieler	Name, Vorname	Unterschrift
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
Trainer:in		
Trainer:in		
Offizielle:r		
Offizielle:r		

Vernichtung der Liste 14 Tage nach jeweiligem Spieltag