



Gesundheitsbestätigung

| | |
|------------------------------|---------------|
| Name, Vorname des Sportlers: | |
| Monat, Jahr: | November 2020 |

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass o.g. Person keine Symptome der Krankheit Covid-19 (insbesondere Fieber, Husten, Durchfall, Erbrechen und allgemeines Krankheitsgefühl) aufweist.

Hinweis: Bei Verdacht auf eine Infektion mit Covid-19 müssen wir den betreffenden Sportler leider vom Training ausschließen.

| Datum | Unterschrift eines Elternteils/ Personensorgeberechtigten bzw. bevollmächtigten Person | Datum | Unterschrift eines Elternteils/ Personensorgeberechtigten bzw. bevollmächtigten Person |
|-------|--|-------|--|
| 01. | | 17. | |
| 02. | | 18. | |
| 03. | | 19. | |
| 04. | | 20. | |
| 05. | | 21. | |
| 06. | | 22. | |
| 07. | | 23. | |
| 08. | | 24. | |
| 09. | | 25. | |
| 10. | | 26. | |
| 11. | | 27. | |
| 12. | | 28. | |
| 13. | | 29. | |
| 14. | | 30. | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |