

**Informationspflicht! Alle Athleten und Betreuer dürfen bei jeglichen Krankheitssymptomen NICHT am Training teilnehmen! Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die letzten 14 Tage NICHT wissentlich unter typischen Coronavirus SARS-CoV-2 Symptomen litt. Ich bin geimpft, genesen, getestet (PCR 48h, PoC-Antigen/Schnelltest 24h) mit Beleg.**

TuS Schnaittenbach Volleyball – Bachgasse 4 – 92253 Schnaittenbach



Für Spieltag: Mannschaftsname: .....

Kabinennummer..... Fahrer & Trainer & Betreuer mit in die Liste eintragen

| Datum | Nachname | Vorname | Unterschrift | Start<br>Zeit | Ende | Feld Nr.<br>/ Halle | getestet/<br>geimpft/<br>genesen | Auto<br>1,2,3<br>.... |
|-------|----------|---------|--------------|---------------|------|---------------------|----------------------------------|-----------------------|
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |
|       |          |         |              |               |      |                     |                                  |                       |