



Gesundheitsbestätigung

Name, Vorname des Sportlers:	
Monat, Jahr:	Oktober 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
28.09.		15.10.	
29.09.		16.10.	
30.09.		17.10.	
01.10		18.10.	
02.10		19.10.	
03.10		20.10.	
04.10.		21.01.	
05.10.		22.10.	
06.10.		23.10.	
07.10		24.10.	
08.10.		25.10.	
09.10.		26.10.	
10.10.		27.10.	
11.10.		28.10.	
12.10.		29.10	
13.10		30.10	
14.10.		31.10.	