DOKUMENTATIONSNACHWEIS TRAINING

In der nachfolgenden Liste sind alle Personen aufzunehmen, die am Training teilnehmen.

Bezirk Mittelfranken

Mannschaft:	
Halle:	
Datum - Uhrzeit:	

Name, Vorname	Test-Art (PCR-, Schnell-, Selbst-)	Test durchgeführt unter Aufsicht von (Name, Vorname / Institution)	Schüler*in	Geb.-Datum	Ge-impft	Ge-nesen
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○
			☐		○	○

In der Liste aufgeführte Personen haben den entsprechenden Nachweis vorgelegt und erfüllen die vorgegebenen Regeln.

Eingetragen & geprüft durch:	Name in Druckbuchstaben:
Ort, Datum	Unterschrift