Covid test check Formular

Verein:		**Bewerb:**	**Trauner Stadtmeisterschaften**
veranterwortliche/r Vereinsvertreter/in:		**Datum : 30.10.2021**	

Liste der Aktiven und Betreuer/Kampfrichter

Familienname	**Vorname**	Geburtsdatum	Email oder Telefonnummer	covid check*	Datum**	Funktion***

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Covid Checks kontrolliert habe

Unterschrift:

*** bitte I für Impfung / G für Genesen / T für offiziellen Test / W für Wohnzimmertest eintragen**
**** Datum des ausgestellten Dokuments eintragen**
***** bitte A für AthletIn / B für BetreuerIn / K für Kampfrichter**