



## Teilnehmerübersicht für Training SV Unterdiessen

Trainingsnummer: .....

Datum: .....

Bitte beantworten vor dem Training nachfolgende Fragen wahrheitsgemäß:

1) Hast Du oder hattest Du bzw. ein Familienmitglied in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person?

Ja  Nein

2) Hast Du bzw. ein Familienmitglied aktuell akute respiratorische Symptome wie Schnupfen, Husten, Halskratzen mit oder ohne Fieber?

Ja  Nein

3) Hast Du dich bzw. ein Familienmitglied in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten

Ja  Nein

### Trainingsgruppe 1

Nr	Vorname	Nachname	Frage 1)	Frage 2)	Frage 3)	Unterschrift
1			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

### Trainingsgruppe 2

Nr	Vorname	Nachname	Frage 1)	Frage 2)	Frage 3)	Unterschrift
6			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
8			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
9			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
10			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	



## Teilnehmerübersicht für Training SV Unterdiessen

Trainingsnummer: .....

Datum: .....

Bitte beantworten vor dem Training nachfolgende Fragen wahrheitsgetreu:

1) Hast Du oder hattest Du bzw. ein Familienmitglied in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person?

Ja  Nein

2) Hast Du bzw. ein Familienmitglied aktuell akute respiratorische Symptome wie Schnupfen, Husten, Halskratzen mit oder ohne Fieber?

Ja  Nein

3) Hast Du dich bzw. ein Familienmitglied in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten

Ja  Nein

### Trainingsgruppe 3

Nr	Vorname	Nachname	Frage 1)	Frage 2)	Frage 3)	Unterschrift
11			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
12			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
13			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
14			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
15			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

### Trainingsgruppe 4

Nr	Vorname	Nachname	Frage 1)	Frage 2)	Frage 3)	Unterschrift
16			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
17			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
18			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
19			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
20			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	