



# Kontaktliste Heim-/Gastmannschaften



Datum: \_\_\_\_\_

Spiel: \_\_\_\_\_

(z.B. mD TVA – mD Vfs Warstein)

Beginn: \_\_\_\_\_

Ende: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die regionale Corona-Schutzverordnungen und individuelle Vereinskonzpte gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

**Folgende Regeln gilt es vor allem zu beachten:** • Einhaltung des Mindestabstandes • Einhaltung der Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen!

Zusätzlich erkläre ich mit meiner Unterschrift, dass ich zur Zeit keine Krankheitssymptome aufweise und in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu infizierten Personen hatte.

S  
P  
I  
E  
L  
E  
R

Nr.	Name	Trikotnummer	Geimpft	Getestet (Datum und Uhrzeit)	Genesen seid (max. 6 Monate)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

**Auf dieser Seite bitte eintragen:**

**Betreuer, Zeitnehmer/Sekretär, evtl. Hallensprecher, Sonstige (z.B. Eltern, die bei Verletzungen der Kinder in den Innenraum kommen), Wischer, Schiedsrichter**

**Datum und Unterschrift Mannschaftsverantwortlicher:**

---