



## Bestätigung zur Teilnahme am Individualtraining

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_  
Vorname - Name

dass ich kein Fieber oder Erkältungssymptome habe und ich innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt mit einer auf COVID19 positiv getesteten Person hatte.

Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer

\*Bei Minderjährigen erfolgt die Unterschrift durch den Erziehungsberechtigten



## Bestätigung zur Teilnahme am Individualtraining

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_  
Vorname - Name

dass ich kein Fieber oder Erkältungssymptome habe und ich innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt mit einer auf COVID19 positiv getesteten Person hatte.

Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer

\*Bei Minderjährigen erfolgt die Unterschrift durch den Erziehungsberechtigten