



**Sportangebot: Abteilung**  **Gruppe**

Trainer / verantwortliche Person  Ort:  Tag:    Uhrzeit von:   Uhrzeit bis:

Mit meiner Eintragung bestätige ich die korrekten Angaben, den Anordnungen der Verantwortlichen zu folgen und die Regelungen des TSG für den Trainingsbetrieb in der aktuell geltenden Fassung zu beachten.

	Name, Vorname (Druckbuchstaben)	TSG-Mitglied	Anschrift und soweit vorhanden Telefonnummer
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/> Trainer / verantwortliche Person	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Unterschrift Trainer / verantwortliche Person

**Dokumentation weiterer Teilnehmer auf Seite 2**



**Sportangebot: Abteilung**  **Gruppe**

Trainer / verantwortliche Person  Ort:  Tag:    Uhrzeit von:  :  Uhrzeit bis:  :

Mit meiner Eintragung bestätige ich die korrekten Angaben, den Anordnungen der Verantwortlichen zu folgen und die Regelungen des TSG für den Trainingsbetrieb in der aktuell geltenden Fassung zu beachten.

	Name, Vorname (Druckbuchstaben)	TSG-Mitglied	Anschrift und soweit vorhanden Telefonnummer
11	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
16	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
17	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
18	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
19	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
20	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>