



**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. (Inzidenz > 35:Es dürfen ausschließlich getestete, geimpfte oder genesene Teilnehmer am Training teilnehmen).

	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. (Inzidenz > 35:Es dürfen ausschließlich getestete, geimpfte oder genesene Teilnehmer am Training teilnehmen).

	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"/>