

Datenblatt

für Trainingseinheiten beim FC Gerolfing 1930 e. V.



#unsereHeimat #unsereFarben
#unserVerein #nurderFCG

Sportangebot: _____

Datum: _____ Trainingszeit: von _____ bis _____ Uhr

Ort: Fußball Platz 2 Fußball Platz 3 Sportplatz Grünfläche Ballspielhalle: _____
 Stockschützenanlage Tennisanlage: Platz _____ Sportheim-Saal

| Nr. | Name, Vorname | anwesend | Nachweis 3G vorh. | Notizen |
|-----|---------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| 1 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 21 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 22 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 23 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 24 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 25 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 26 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 27 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 28 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 29 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 30 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



Ich bestätige, dass (falls erforderlich) alle Teilnehmer inklusive mir selbst einen Nachweis (negativer Test / Geimpft / Genesen) vorgelegt haben oder ein Selbsttest vor Ort unter Aufsicht (4-Augen-Prinzip) durchgeführt wurde.

Unterschrift Trainer

Kontrolle durchgeführt / Bestätigung 4-Augen-Prinzip bei Selbsttests

Name: _____

Unterschrift Verantwortlicher