	Datum:		Uhrzeit:			Ort:
Trainings- / Sporteinheit		am:		von:	bis:	

Übungsleiter:		Gruppenname:	

Teilnehmerdaten:

lfd. Nr.:	Name:	Vorname:	Postleitzahl:	Ort:	Straße:	Telefonnummer:	Mailadresse:	Teil-nehmer:	Zu-schau-er:	Immu-nisierte Person?		Negativ-test-ergebnis hat vor-gelegen?		Zutritts- oder Trainings-betriebs-voraus-setzungen erfüllt:	
										Ja:	Nein:	Ja:	Nein:	Ja:	Nein:
1															
2															
3															
4															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															

lfd. Nr.:	Name:	Vorname:	Postleitzahl:	Ort:	Straße:	Telefonnummer:	Mailadresse:	Teil-neh-mer:	Zu-schau-er:	Immu-nisierte Person?		Negativ-test-ergebnis hat vor-gelegen?		Zutritts- oder Trainings-betriebs-voraus-setzungen erfüllt:	
										Ja:	Nein:	Ja:	Nein:	Ja:	Nein:
15															
16															
17															
18															
19															
20															