Mannschaftsliste 2G+ mit Testpflicht ohne Ausnahmen

Verein: **Ort/Zeit:** **Spielpaarung:**

Funktion	Name	Vorname	Adresse	Telefonnummer	genesen/ geimpft	Testnachweis (Datum, Uhrzeit)	Unterschrift

Unterschrift (MV/ beauftragte Person) zur Bestätigung der Richtigkeit der Angaben _____

(Ort, Datum, Unterschrift)

Mannschaftsliste 2G+ mit Testpflicht ohne Ausnahmen

Funktion	Name	Vorname	Adresse	Telefonnummer	genesen/ geimpft	Testnachweis (Datum, Uhrzeit)	Unterschrift

Unterschrift (MV/ beauftragte Person) zur Bestätigung der Richtigkeit der Angaben _____

(Ort, Datum, Unterschrift)