

TRAININGSNACHWEIS



Trainingsstätte:

Datum:

Abteilung:

Trainingsart:

Trainingsbeginn:

Trainingsende:

Für das Training verantwortliche Person:

Bitte beachten: Mit meine Unterschrift bestätige ich, dass ich nach eigener Selbstbeurteilung vollständig frei von Corona-Virus-Symptomen bin. Die Regeln für das Training auf den Freiluftsportanlagen und in den Sportstätten der Aalener Sportallianz habe ich zur Kenntnis genommen und werde ich strikt befolgen. Von der Teilnahme am Trainings- und Übungsbetrieb ausgeschlossen sind Personen, die in Kontakt zu einer infizierten Person stehen oder standen, wenn seit dem Kontakt mit einer infizierten Person noch nicht 14 Tage vergangen sind, oder die Symptome eines Atemwegsinfekts oder erhöhte Temperatur aufweisen. Personen, bei denen COVID-19 diagnostiziert wurde, dürfen frühestens nach 14 Tagen und nur mit ärztlichem Zeugnis wieder am Training teilnehmen.

	Name	Vorname	Regelwerk akzeptiert	Symptomfreiheit	Unterschrift
Person 1 (Trainer)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 11			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 12			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 13			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 14			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 15			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 16			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 17			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 18			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 19			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Person 20			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	