HVSH
HANDBALLVERBAND SCHLESWIG-HOLSTEIN

Mannschaftsliste

Verein: **Spielpaarung** **Datum / Uhrzeit:**

Funktion	Name	Vorname	Adresse	Telefon	Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich keine Symptome einer SARS-CoV-2 Infektion (z.B. Fieber, Husten, Halsschmerzen etc.) aufweise.

Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Infektion eines Teilnehmers, meine Daten an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben werden.

Das Hygienekonzept habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.