Oberpfalz-Serie X Wurf U14 und Hammer

Verein: _____

Sportstätte: Sportzentrum Wiesau
Datum: 25. Juli 2020

Hiermit bestätigen wir die Beachtung der Hygiene-Richtlinien.
Keiner der aufgeführten Athleten und Betreuer zeigt Krankheitssymtome.

	Name	Vorname	Telefonnummer oder E-Mail
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Wiesau, den

Ort / Datum / Unterschrift eines Vereinsvertreters