Oberpfalz Serie:

Datum:

Verein:

Hiermit bestätigen wir dass wir die Aushändigung und Beachtung des Hygiene Konzeptes.
Keiner der unten aufgeführten Athleten und Betreuer zeigt Krankheitssymtome.

NAME	Tel Nummer oder E Mail

Unterschrift eines Vereinsvertreters: