

Teilnehmer-, Checkliste nach DJK Hygienekonzept

Trainingsdatum: _____ . _____ . 2020

Trainingsbeginn: _____ : _____ Uhr

Trainingsende: _____ : _____ Uhr



Mannschaft: _____

Leichtathletik Gesundheitssport

Fußball Jugend Fußball Senioren

Kontrolle Hygienepunkt: JA NEIN

Zeitraum Teamhygiene: von _____ : _____ Uhr bis _____ : _____ Uhr

Bitte ankreuzen

	Vorname	Nachname	Übungsleiter	Sportler
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
BP			Begleitperson	
BP			Begleitperson	

Unterschrift Übungsleiter 1

Unterschrift Übungsleiter 2

Unterschrift Kompetenzteam

Name in Klarschrift