

Name Vorname

Adresse

Tel.-Nr.

Datum Uhrzeit (Beginn der Übungsstunde)

Ich fühle mich krank oder habe Symptome
(Husten, Fieber, Atembeschwerden oder Anzeichen einer Erkrankung).

Ja

Nein

Unterschrift



Name Vorname

Adresse

Tel.-Nr.

Datum Uhrzeit (Beginn der Übungsstunde)

Ich fühle mich krank oder habe Symptome
(Husten, Fieber, Atembeschwerden oder Anzeichen einer Erkrankung).

Ja

Nein

Unterschrift