



Spielpaarung:  Datum, Uhrzeit (von-bis):

Name, Vorname	Adresse	Telefonnummer	Unterschrift	Sitzplatz
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Zur Angabe Ihrer persönlichen Daten sind Sie nicht verpflichtet; auch wird die Richtigkeit Ihrer Angaben vom Betreiber nicht überprüft. Sollten Sie uns Ihre personenbezogenen Daten allerdings nicht zur Verfügung stellen, können Sie unsere Leistungen nicht in Anspruch nehmen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ausdrücklich, dass ich keine Symptome einer SARS-CoV-2 Infektion (sog. Coronavirus) (z.B. Fieber, Husten, Halsschmerzen, Atemnot, Müdigkeit, Durchfall, Gliederschmerzen, Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinnes.) aufweise. Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Infektion eines Teilnehmers, meine Daten an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben werden.