



TV Gut Heil Billstedt

- Schwimmabteilung -

Erklärung zur Teilnahme am Landtraining

**Teilnehmer:**

**Gesetzlicher Vertreter:**

Name:

Name:

Vorname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ und Ort:

Telefon und EMAIL:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind an dem kontaktlosen Landtraining am im Stadtpark teilnehmen darf.

Meinem Kind sind die Abstandsregeln bekannt. Mein Kind ist frei von Krankheitssymptomen bei Trainingsteilnahme.

Ort und Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_