



TV Gut Heil Billstedt

- Schwimmabteilung -

Erklärung zur Teilnahme am Landtraining

Teilnehmer

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ und Ort:

Telefon und EMAIL:

Ich nehme am kontaktlosen Landtraining im Stadtpark teil

Die Abstandsregeln sind mir bekannt, ich nehme nur teil, wenn ich frei von Krankheitssymptomen bin.

Ort und Datum und Unterschrift: _____