



Teilnehmerliste

Abteilung:

Datum:

Uhrzeit:

Trainer:

	Symptome			
	Name	Vorname	Ja	Nein
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Sollte eine der Fragen mit „JA“ beantwortet werden, darf die Teilnahme erst nach ärztlicher Rücksprach erfolgen!