

## Teilnehmerliste

Sparte:

Datum:

Die Nachweise sind in verkörperter (schriftlicher) oder digitaler Form vorzulegen.

lfd.Nr.	NAME	Vorname	vollständig geimpft	Nur Impfung <sup>1.</sup>	getestet Antigen Schnelltest (nicht älter als 24 Stunden)	getestet PCR-Test (nicht älter als 48 Stunden)	genesen
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							