

Anreise: \_\_\_\_\_ Abreise: \_\_\_\_\_

Gruppenname: \_\_\_\_\_

Zim	Name	Alter (Kinder)	Behind. Ausweis	Negativ Test	Impf- Ausweis	Gene- sene	48h

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass keiner der Gruppenmitglieder s.g. coronatypische Symptome hat, die letzten 14 Tage keinen Kontakt zu einer Corona-patient gehabt oder ein Risikogebiet besucht hat.

Datum, Unterschrift Gruppenleitung: \_\_\_\_\_

