

Leitlinie Hygienestandard des AFVD

Datum:

Spiel:

Schiedrichter/-innen

	Name	Adresse	Covid Test am:	Ergebnis
1				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
2				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
3				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
4				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
5				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
6				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
7				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
8				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
9				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
10				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv

11				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
12				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
13				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
14				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
15				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
16				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
17				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
18				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
19				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv
20				<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv