Trainingsprotokoll Gruppe 1												
Datum:												
Uhrzeit:												
Trainer:												
Co-Trainer:												
Nr.	Name	Vorname		Fieber	Kopf-Gliederschmerzen	Husten	Atemnot	Geschmacks-Riechstörun	Halzschmerzen	Schnupfen	Durchfall	Partner Nr.
1			Ja									
			Nein									
2			Ja									
			Nein									
3			Ja									
			Nein									
4			Ja									
			Nein									
5			Ja									
			Nein									
6			Ja									
			Nein									
7			Ja									
			Nein									
8			Ja									
			Nein									
9			Ja									
			Nein									
10			Ja									
			Nein									
11			Ja									
			Nein									
12			Ja									
			Nein									
13			Ja									
			Nein									
14			Ja									
			Nein									
15			Ja									
			Nein									
16			Ja									
			Nein									
17			Ja									
			Nein									
18			Ja									
			Nein									
19			Ja									
			Nein									
20			Ja									
			Nein									