Formular zur Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung
Anschrift der Einrichtung (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
Vorname und Name des Kindes
Geburtsdatum
Gruppe oder zugeordnete Fachkraft

Erklärung zum Gesundheitszustandes meines Kindes

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass das oben genannte Kind sowie die im Haushalt lebenden Personen

- keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten) aufweisen,
- nicht in Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person stehen oder
- seit dem Kontakt mit einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person 14 Tage vergangen sind und weder das oben genannte Kind noch die im Haushalt lebenden Personen Symptome aufweisen.

Datum	**Unterschrift (Elternteil/ Personensorgeberechtigter/ Bevollmächtigter)**	**Datum**	**Unterschrift (Elternteil/ Personensorgeberechtigter/ Bevollmächtigter)**