

Formular Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung:	
Name, Vorname des Kindes: Geburtsdatum: Gruppe:	
Monat / Jahr:	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das o. g. Kind sowie die im Hausstand lebenden Personen

- keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. erhöhte Temperatur, Husten) aufweisen und
- 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 sie keine Symptome aufweisen.

Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten	Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten
18.05.2020			
19.05.2020			
20.05.2020			
21.05.2020			
22.05.2020			
23.05.2020			
24.05.2020			
25.05.2020			
26.05.2020			
27.05.2020			
28.05.2020			
29.05.2020			
30.05.2020			
31.05.2020			

