

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 | | | |
| | | | |
| | | | |