Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung:	
Name, Vorname des Kindes: **Geburtsdatum:** **Gruppe:**	
Monat / Jahr:	Juni 2020

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, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, Durchfall) aufweisen (vgl. Allgemeinverfügung zur Regelung des Betriebes von Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und von Schulen im Zusammenhang mit der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie Punkt 5.5).

Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten	**Datum**	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten
02.06.2020		23.06.2020	
03.06.2020		24.06.2020	
04.06.2020		25.06.2020	
05.06.2020		26.06.2020	
08.06.2020		29.06.2020	
09.06.2020		30.06.2020	
10.06.2020			
11.06.2020			
12.06.2020			
15.06.2020			
15.06.2020			
16.06.2020			
17.06.2020			
18.06.2020			
19.06.2020			
22.06.2020			

Klarstellender Hinweis: Auch bei Personen, die beruflich mit Covid-19-Patienten Kontakt haben, kommt es ausschließlich auf die persönliche Freiheit von Symptomen der Krankheit Covid-19 an.