**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 oder Personensorgeberechtigter)** | **Datum** | **Unterschrift (Elternteil oder Personensorgeberechtigter)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |