

## Gesundheitsbestätigung

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

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

*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.*