

Gesundheitsbestätigung

Name der Schule	
Vor- und Zuname des Kindes	
Geburtsdatum	
Klasse	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

- mein Kind in den letzten 14 Tagen, soweit mir bekannt ist, keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte,
- mein Kind sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, erhöhte Temperatur, Husten) aufweisen,
- die Schule umgehend informiert wird, wenn die oben genannten Krankheitsanzeichen auftreten,
- mein Kind bei Auftreten von Krankheitsanzeichen während des Unterrichts bzw. der Betreuung umgehend abgeholt wird,
- mein Kind bei auftretenden Corona typischen Symptomen bis zur ärztlichen Abklärung nicht am Präsenzunterricht teilnimmt.

Datum	Unterschrift eines Elternteils / Sorgeberechtigten

Hinweis: Auch bei Personen, die beruflich mit Covid-19-Patienten Kontakt haben, kommt es ausschließlich darauf an, dass sie frei von Symptomen der Krankheit Covid-19 sind.