Kreisverband
Bautzen e. V.

Formular Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung:	
Name, Vorname des Kindes: Geburtsdatum: Gruppe:	
Monat / Jahr:	
E-Mail Adresse:	

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/Personensorge-berechtigten	Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorge-berechtigten

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.