

## Gesundheitsbestätigung

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

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das o. g. Kind keine Symptome der Krankheit Covid-19 (allgemeines Krankheitsgefühl, Fieber ab 38°C, Durchfall, Erbrechen, Geruchs- oder Geschmacksstörungen, nicht nur gelegentliches Husten) aufweist. (Vgl. aktuelle Allgemeinverfügung zur Regelung des Betriebes von Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und von Schulen im Zusammenhang mit der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie.)

| Datum | Unterschrift eines Eltern-<br>teils/Personensorgebe-<br>berechtigten bzw.<br>bevollmächtigte Person | Datum | Unterschrift eines Eltern-<br>teils/Personensorgebe-<br>berechtigten bzw.<br>bevollmächtigte Person |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |
|       |                                                                                                     |       |                                                                                                     |

*Klarstellender Hinweis: Der Zutritt zur Einrichtung ist erst 24 Stunden nach dem letztenmaligen Auftreten von Fieber ab 38°C und erst zwei Tage nach dem letztenmaligen Auftreten eines anderen Symptoms oder nach Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, nach der keine SARS-CoV-2-Infektion besteht, gestattet.*