Formular Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung:	
Name, Vorname des Kindes: **Geburtsdatum:** **Gruppe:** **Name der Erzieherinnen:**	
Monat/Jahr	

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, Husten) aufweisen und
- □ 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 sie keine Symptome aufweisen.

Belehrung gelesen: **Datum:** **Unterschrift:**

Datum	Unterschrift eines Eltern-teiles/Personensorge-berechtigten	geplante Betreuungszeit	tatsächliche Betreuungszeit

Bitte bringen Sie jeden Tag Ihren eigenen Stift für die Unterschrift mit!