Gesundheitsbestätigung

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

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das o. g. Kind kein Symptom der Krankheit Covid-19 (allgemeines Krankheitsgefühl, Husten (keine bekannte chronische Erkrankung, wie z. B. Asthma), Durchfall, Fieber ab 38,0 °C, Erbrechen, Geruchs- oder Geschmacksstörungen) aufweist.

Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten oder einer bevollmächtigten Person	**Datum**	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten oder einer bevollmächtigten Person