Formular Gesundheitsbescheinigung

Name der Einrichtung:	
Name, Vorname des Kindes: **Geburtsdatum:** **Gruppe:**	

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.

Datum	Unterschrift eines Sorgeberechtigten