

Formular Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung:	Grundschule Wiesa „Sophie Scholl“ Kinderhort Wiesa
Name, Vorname des Kindes:	_____
Geburtsdatum:	_____
Klasse:	_____

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 3.5.1).

Datum	Unterschrift eines Elternteils/ Personensorgeberechtigten	Hort Abholzeit/ Heimgezeit
02.06.2020		
03.06.2020		
04.06.2020		
05.06.2020		

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.

Formular Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung:	Grundschule Wiesa „Sophie Scholl“ Kinderhort Wiesa
Name, Vorname des Kindes:	_____
Geburtsdatum:	_____
Klasse:	_____

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 3.5.1).

Datum	Unterschrift eines Elternteils/ Personensorgeberechtigten	Hort Abholzeit/ Heimgezeit
08.06.2020		
09.06.2020		
10.06.2020		
11.06.2020		
12.06.2020		

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.