Formular Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung:	93. Grundschule Dresden Dobritzer Weg 1 01237 Dresden
Name, Vorname des Kindes: **Geburtsdatum:** **Gruppe:**	
Monat / Jahr:	Juli 2020

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 Elternteils/Personensorgeberechtigten	**Datum**	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten
01.07.2020		17.07.2020	
02.07.2020		**********	
03.07.2020			
***			
***			
06.07.2020			
07.07.2020			
08.07.2020			
09.07.2020			
10.07.2020			
***			
***			
13.07.2020			
14.07.2020			
15.07.2020			
16.07.2020			