Formular Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung:	93. Grundschule Dresden Dobritzer Weg 1 01237 Dresden
Name, Vorname des Kindes: **Geburtsdatum:** **Gruppe:**	
Monat / Jahr:	Juni 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
***		17.06.2020	
02.06.2020		18.06.2020	
03.06.2020		19.06.2020	
04.06.2020		***	
05.06.2020		***	
***		22.06.2020	
***		23.06.2020	
08.06.2020		24.06.2020	
09.06.2020		25.06.2020	
10.06.2020		26.06.2020	
11.06.2020		***	
12.06.2020		***	
***		29.06.2020	
***		30.06.2020	
15.06.2020			
16.06.2020			