Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung:	Käthe-Kollwitz-Schule Förderzentrum mit dem Förderschwerpunkt Lernen und Hort der Käthe-Kollwitz-Schule Plauen
Name, Vorname des Kindes: **Geburtsdatum:** **Klasse/Gruppe:**	
Monat / Jahr:	Juli 2020

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das o. g. Kind keine Symptome der Krankheit Covid-19 (insbesondere **Fieber, Husten, Durchfall/Erbrechen und allgemeines Krankheitsgefühl**) aufweist.
(Vgl. aktuelle Allgemeinverfügung zur Regelung des Betriebes von Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und von Schulen im Zusammenhang mit der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie.)

Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten bzw. bevollmächtigte Person	**Datum**	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten bzw. bevollmächtigte Person

Klarstellender Hinweis: Die wissenschaftliche Erkenntnislage zu spezifischen Symptomen von Covid 19 bei Kindern ist noch nicht einheitlich. Es kommt auf den Allgemeinzustand des Kindes an. Wenn Kinder zwei Tage symptomfrei sind, dürfen sie die Einrichtung auch ohne ärztliche Bescheinigung wieder besuchen.