

Formular Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung:	
Name, Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Gruppe:	
Monat/Jahr:	November 2020

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

Hinweis: Wenn Kinder zwei Tage symptomfrei sind, dürfen sie die Einrichtung auch ohne ärztliche Bescheinigung wieder besuchen.

Datum	Unterschrift eines Eltern-teils/ Personensorgeberechtigten oder einer bevollmächtigten Person	Datum	Unterschrift eines Eltern-teils/ Personensorgeberechtigten oder einer bevollmächtigten Person
01.11.2020		16.11.2020	
02.11.2020		17.11.2020	
03.11.2020		18.11.2020	
04.11.2020		19.11.2020	
05.11.2020		20.11.2020	
06.11.2020		21.11.2020	
07.11.2020		22.11.2020	
08.11.2020		23.11.2020	
09.11.2020		24.11.2020	
10.11.2020		25.11.2020	
11.11.2020		26.11.2020	
12.11.2020		27.11.2020	
13.11.2020		28.11.2020	
14.11.2020		29.11.2020	
15.11.2020		30.11.2020	