

Gesundheitsbestätigung Mai 2020

Name der Schule	
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	Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten
18.05.2020		30.05.2020	
19.05.2020		31.05.2020	
20.05.2020			
21.05.2020			
22.05.2020			
23.05.2020			
24.05.2020			
25.05.2020			
26.05.2020			
27.05.2020			
28.05.2020			
29.05.2020			

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.