



GESUNDHEITSBESTÄTIGUNG

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das unten genannte Kind sowie die im Haushalt 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).

Ort, Datum

NAME, VORNAME SCHÜLER*IN

KLASSE

UNTERSCHRIFT ERZIEHUNGSBERECHTIGTE