**Gesundheitsbestätigung**

| | |
|---|---|
| **Name der Einrichtung:** | |
| **Name, Vorname des Kindes:**<br>**Geburtsdatum:**<br>**Gruppe:** | |
| **Monat / Jahr:** | Juli 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, 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 5.5).

| **Datum** | Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten | **Datum** | Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten |
|---|---|---|---|
| 01.07.2020 | | 23.07.2020 | |
| 02.07.2020 | | 24.07.2020 | |
| 03.07.2020 | | 27.07.2020 | |
| 06.07.2020 | | 28.07.2020 | |
| 07.07.2020 | | 29.07.2020 | |
| 08.07.2020 | | 30.07.2020 | |
| 09.07.2020 | | 31.07.2020 | |
| 10.07.2020 | | | |
| 13.07.2020 | | | |
| 14.07.2020 | | | |
| 15.07.2020 | | | |
| 16.07.2020 | | | |
| 17.07.2020 | | | |
| 20.07.2020 | | | |
| 21.07.2020 | | | |
| 22.07.2020 | | | |

*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.*