

Gesundheitserklärung für Teilnehmer*in



Kontaktdaten

Name, Vorname des Kindes	
Name, Vorname des Sorgeberechtigten	
Straße	
Postleitzahl Ort	
Telefon	

Ich versichere,

1.

- dass mein Kind zum heutigen Zeitpunkt keine Symptome aufweist
- dass ein etwaiger Symptombeginn mindesten 14 Tage zurückliegt
- dass mein Kind seit mindestens 48 Stunden symptomfrei ist

2.

- dass mein Kind nicht in Kontakt zu infizierten Personen steht
- dass seit einem Kontakt mindestens 14 Tage vergangen sind

3.

- dass sich mein Kind seit mindestens 14 Tagen nicht in einem ausgewiesenen Risikogebiet aufgehalten hat

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten