

Gesundheitsbestätigung Kindertageseinrichtung

Name der Einrichtung

Aktive Kinder e.V.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte, ich sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, erhöhte Temperatur, Husten) aufweisen, - die Einrichtung umgehend informiert wird, wenn die oben genannten Krankheitsanzeichen auftreten.

Datum

Unterschrift

Hinweis: Auch bei Personen, die beruflich mit Covid-19-Patienten Kontakt haben, kommt es ausschließlich darauf an, dass sie frei von Symptomen der Krankheit Covid-19 sind.