**Gesundheitsbestätigung Grundschule**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name der Schule**  |  |
| **Name, Vorname des Kindes**  |  |
| **Geburtsdatum**  |  |
| **Klasse**  |  |

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

* das oben genannte Kind in den letzten 14 Tagen **nach meiner Kenntnis** keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte
* das oben genannte Kind sowie die im Hausstand lebenden Personen **nach meiner Kenntnis** keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, erhöhte Temperatur, Husten) aufweisen,
* die Schule umgehend informiert wird, wenn die oben genannten Krankheitsanzeichen auftreten,
* das oben genannte Kind bei Auftreten von Krankheitsanzeichen während des Unterrichts bzw. der Betreuung umgehend abgeholt wird.

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum**  | **Unterschrift eines** **Elternteils/Personensorgeberechtigten**  |
|  |  |

*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.*