Formular Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung:	Werner-Vogel-Schulzentrum
Name, Vorname des Kindes: **Geburtsdatum:** **Gruppe:**	 Klasse:
Monat / Jahr:	

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, Husten) aufweisen und
- nicht in Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person stehen oder seit dem Kontakt mit einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person 14 Tage vergangen sind und sie keine Symptome aufweisen.

Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten	**Datum**	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten