



Bescheinigung über den Gesundheitszustand Ihres Kindes

Hiermit bestätige ich ausdrücklich,

Name eines Elternteils/Personensorgeberechtigten

dass mein Kind

Name des Kindes

- keine Krankheitssymptome aufweist,
- nicht im Kontakt zu infizierten Personen steht bzw. seit dem Kontakt mit infizierten Personen mehr als 14 Tage vergangen sind und mein Kind keine Krankheitssymptome aufweist,

Sobald Krankheitssymptome auftreten oder Kontakt mit infizierten Personen stattgefunden hat, bin ich verpflichtet, mein Kind zuhause zu halten und die Betreuungseinrichtung sofort entsprechend zu informieren.

Ort und Datum

Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten