

## Gesundheitsbestätigung Juni 2020

Name der Einrichtung:	
Name und Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Klasse:	

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, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, Durchfall) aufweisen.

Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten	Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten
01.06.2020		16.06.2020	
02.06.2020		17.06.2020	
03.06.2020		18.06.2020	
04.06.2020		19.06.2020	
05.06.2020		20.06.2020	
06.06.2020		21.06.2020	
07.06.2020		22.06.2020	
08.06.2020		23.06.2020	
09.06.2020		24.06.2020	
10.06.2020		25.06.2020	
11.06.2020		26.06.2020	
12.06.2020		27.06.2020	
13.06.2020		28.06.2020	
14.06.2020		29.06.2020	
15.06.2020		30.06.2020	

