

Gesundheitsbestätigung

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 in meinem Hausstand lebende Personen 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,
- dass ich bei Auftreten von Krankheitsanzeichen umgehend die Schule verlasse, diese verständige und mich in häusliche Quarantäne begeben.

Die aktuell gültigen Hygiene- und Abstandsregelungen sind mir bekannt!

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.