GEMEINDE TEUTSCHENTHAL

Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung:	
Name, Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Gruppe:	

Hiermit bestätige ich/wir mit meiner/unserer Unterschrift, dass das o. g. Kind ab dem 01.03.2021 täglich frei von einschlägigen COVID 19-Symptomen an die Einrichtung übergeben wird und dass auch kein Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person bestand. Uns ist bewusst, dass mit jeder Übergabe des Kindes an die Einrichtung ich/wir durch schlüssiges Handeln erklären, dass das Kind frei von einschlägigen Symptomen ist, die nicht auf chronische Krankheiten oder Allergien zurückzuführen sind.

(Vgl. § 2 Abs. 6: Erlass zum eingeschränkten Regelbetrieb in Kindertageseinrichtungen des Landes Sachsen-Anhalt vom 23.02.2020)

Datum	**Unterschrift der Eltern/ Personensorgeberechtigten**