



THEODOR-HEUSS-SCHULE
GRUND- UND WERKREALSCHULE, GANZTAGESSCHULE

Gesundheitsbestätigung

Name und Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	
Klasse	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

- das oben genannte Kind in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte.
- das oben genannte Kind, sowie die im Hausstand lebenden 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.
- das oben genannte Kind bei Auftreten von Krankheitsanzeichen während des Unterrichts bzw. der Betreuung umgehend abgeholt wird.

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.

Datum	
Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten	