

Gesundheitsbestätigung Grundschule

Name der Schule: **Fuchsrainschule Stuttgart**

Name, Vorname des Kindes: _____

Name, Vorname des 1. Erziehungsberechtigten

Name, Vorname des 2. Erziehungsberechtigten

oder

Name, Vorname des am Schulleben Beteiligten

Geburtsdatum _____

Telefonnummer und/oder E-Mailadresse _____

Klasse des Kindes _____

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

- ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte,
- ich 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

Datum: _____

Unterschrift eines Elternteils/des am Schulleben Beteiligten

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.