Gesundheitsbestätigung Grundschule im Rot

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Grund des Besuches: _____

Telefonnummer: _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich

O geimpft bin / 2. Impfung am _____ (freiwillige Angabe)

O genesen bin

O getestet (tagesaktueller Test!) bin

Außerdem bestätige ich, dass

- ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte, keine Symptome der Krankheit SARS-Cov.-19 aufweise (Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigungen, erhöhte Temperatur / Fieber, Husten, Durchfall)
- ich die Grundschule im Rot umgehend informiere, wenn die o.g. Anzeichen auftreten.

_____ _____

Datum Unterschrift

Gesundheitsbestätigung Grundschule im Rot

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Grund des Besuches: _____

Telefonnummer: _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich

O geimpft bin / 2. Impfung am _____ (freiwillige Angabe)

O genesen bin

O getestet (tagesaktueller Test!) bin

Außerdem bestätige ich, dass

- ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte, keine Symptome der Krankheit SARS-Cov.-19 aufweise (Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigungen, erhöhte Temperatur / Fieber, Husten, Durchfall)
- ich die Grundschule im Rot umgehend informiere, wenn die o.g. Anzeichen auftreten.

_____ _____

Datum Unterschrift