



Bestätigung des Gesundheitszustandes

Hiermit bestätige ich, _____, Sorgeberechtigte/r
von _____, dass die von mir getätigten Aussagen
der Wahrheit entsprechen, und mein Kind bzw. mein/e Betreute/r

- die letzten 48 Stunden symptomfrei war
- per ärztlichem Attest für gesund befunden wurde / Negativ-Testung Corona
- keinen Kontakt zu einer COVID-19 positiven Person hatte.

(Alle Voraussetzungen müssen zutreffen!)

Außerdem hat sich mein Kind bzw. mein/e Betreute/r während der letzten zwei Wochen nicht in einem Risikogebiet aufgehalten. Es geht daher von meinem Kind bzw. meinem/meiner Betreuten keine mir bewusste Infektionsgefahr aus.

Bayerisch Gmain, _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r