Gesundheitsbestätigung (Teilnehmer\*innen, Betreuer\*innen, Workshopleiter\*innen)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das o. g. Person sowie die im Hausstand

lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. erhöhte

Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacks-beeinträchtigung, Durchfall) aufweisen. Auch bei Personen, die beruflich mit Covid-19-Patienten Kontakt haben, kommt es ausschließlich auf die persönliche Freiheit von Symptomen der Krankheit Covid-19 an.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Unterschrift eines  Elternteils/Personensorgeberechtigten bzw. erklärenden Person |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |