



Gesundheitsbogen

Name: _____

Vorname: _____

Klasse: _____

Hiermit bestätigen wir / bestätige ich, dass

- ☐ unser Kind /mein Kind keinen Kontakt zu einer wesentlich infizierten Person in den letzten 14 Tagen gehabt hat
- ☐ niemand aus der Familie unseres Kindes / meines Kindes derzeit wesentlich an COVID- 19 erkrankt ist
- ☐ bei unserem Kind / meinem Kind keine Symptome eines Atemwegsinfekts oder erhöhte Temperatur / Fieber vorliegen
- ☐ unser Kind / mein Kind keiner COVID-19-Risikogruppe angehört
- ☐ niemand aus unserer Familie in den letzten 14 Tagen ein ausgewiesenes CORONA-Risikogebiet bereist hat.

Datum: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten : _____

Bitte geben Sie Ihrem Kind das ausgefüllte Formular am ersten Tag des Unterrichts nach den Herbstferien (02.11.2020) mit in die Schule!

Herzlichen Dank!

