

Gesundheitsbestätigung

Kinder- & Jugendhaus **INSEL**
Landesverband Sächsischer Jugendbildungswerke e.V.
Meißner Landstraße 16-18
01157 Dresden

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das u. g. Kind sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, Durchfall) aufweisen.

Hinweis: 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.

Vor- & Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Datum	Unterschrift eines Elternteils/ Personensorgeberechtigten oder bevollmächtigte Personen