Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung:	GS Rosenstraße Sebnitz
Name, Vorname des Kindes: **Geburtsdatum:** **Klasse/Gruppe:**	
Monat / Jahr:	29./30.06.2020, Juli 2020

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das o. g. Kind keine Symptome der Krankheit Covid-19 (insbesondere **Fieber, Husten, Durchfall/Erbrechen und allgemeines Krankheitsgefühl**) aufweist.
(Vgl. aktuelle Allgemeinverfügung zur Regelung des Betriebes von Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und von Schulen im Zusammenhang mit der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie.)

Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten bzw. bevollmächtigte Person	**Datum**	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten bzw. bevollmächtigte Person
29.06.2020		06.07.2020	
30.06.2020		07.07.2020	
		08.07.2020	
01.07.2020		09.07.2020	
02.07.2020		10.07.2020	
03.07.2020			
		letzte	
		Woche	
		13.07.2020	
		14.07.2020	
		15.07.2020	
		16.07.2020	
		17.07.2020	

Klarstellender Hinweis: Die wissenschaftliche Erkenntnislage zu spezifischen Symptomen von Covid 19 bei Kindern ist noch nicht einheitlich. Es kommt auf den Allgemeinzustand des Kindes an. Wenn Kinder zwei Tage symptomfrei sind, dürfen sie die Einrichtung auch ohne ärztliche Bescheinigung wieder besuchen.