

Gesundheitsbestätigung Kernzeitbetreuung

Name der Einrichtung	
Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	
Gruppe	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

- das oben genannte Kind in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte,
- das oben genannte Kind sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, erhöhte Temperatur, Husten) aufweisen,
- die Einrichtung umgehend informiert wird, wenn die oben genannten Krankheitsanzeichen auftreten,
- das oben genannte Kind bei Auftreten von Krankheitsanzeichen während der Betreuung umgehend abgeholt wird.

Ich habe des Schreiben der Gemeinde Birkenfeld vom 25.06.2020 gelesen. Ich bin mir bewusst, dass die Gemeinde Birkenfeld keine Kernzeitbetreuung entsprechend den Pandemiebedingungen anbieten kann. Trotzdem möchte ich unter diesen Voraussetzungen die Kernzeitbetreuung in Anspruch nehmen.

Datum	Unterschrift eines Elternteils/ Erziehungsberechtigten

Hinweis: Auch bei Personen, die beruflich mit Covid-19-Patienten Kontakt haben, kommt es ausschließlich darauf an, dass sie frei von Symptomen der Krankheit Covid-19 sind.