



Gesundheitsbestätigung Grundschule

Name der Schule	Albert-Schweitzer-Schule Schwanenweg 3 69123 Heidelberg
Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	
Klasse	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

- das oben genannte Kind in den letzten 14 Tagen keinen wesentlichen Kontakt zu einer infizierten Person hatte,
- das oben genannte Kind keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, erhöhte Temperatur, Husten, Durchfall) aufweist,
- keine Quarantänepflicht gemäß der Reiserückkehrbestimmungen besteht
- die Schule umgehend informiert wird, wenn die oben genannten Krankheitsanzeichen auftreten,

Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten

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