**Gesundheitsbestätigung Mitarbeiter/Mitarbeiterin**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname** |  |

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

* ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte,
* ich sowie die in meinem Hausstand lebenden Personen keine Symptome

der Krankheit Covid-19 (z. B. Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, erhöhte Temperatur, Husten) aufweisen,

* ich die Schule umgehend informieren werde, wenn die oben genannten Krankheitsanzeichen auftreten.

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum** | **Unterschrift** |
|  |  |