

# Erklärung zum Gesundheitszustand



Gruppe: \_\_\_\_\_

Vorname Name Teilnehmer: \_\_\_\_\_

Vorname Name Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_

Ich bestätige dass ich /mein Kind

..keinen Kontakt zu einer mit Corona/ Covid-19 infizierten Person hatte oder dass seit einem solchen Kontakt mehr als 14 Tage vergangen sind..

..mich/sich in den letzten 14 Tagen in keinem Risikogebiet aufgehalten habe/hat..

.. keine Symptome (Fieber ab 38°C, o trockener Husten (nicht durch chronische Erkrankung verursacht, wie z. B. Asthma), o Störung des Geschmacks- oder Geruchssinns (nicht als Begleitsymptom eines Schnupfens) habe/hat

Bei Verdacht einer Infektion hat der / die Teilnehmer/in die Übungsstunde sofort zu verlassen

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (Erziehungsberechtigter)

\_\_\_\_\_