

**Gesundheitsbestätigung***9. Grundschule – Gersterstraße 74, 04279 Leipzig*

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das o. g. Kind sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z. B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, Durchfall) aufweisen (vgl. Allgemeinverfügung zur Regelung des Betriebes von Einrichtungen der Kinder-tagesbetreuung und von Schulen im Zusammenhang mit der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie, Punkt 3.5.1).

Datum	Name des Kindes	Klasse	Unterschrift eines Elternteils / Personensorgeberechtigten

**Gesundheitsbestätigung***9. Grundschule – Gersterstraße 74, 04279 Leipzig*

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das o. g. Kind sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z. B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, Durchfall) aufweisen (vgl. Allgemeinverfügung zur Regelung des Betriebes von Einrichtungen der Kinder-tagesbetreuung und von Schulen im Zusammenhang mit der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie, Punkt 3.5.1).

Datum	Name des Kindes	Klasse	Unterschrift eines Elternteils / Personensorgeberechtigten

**Gesundheitsbestätigung***9. Grundschule – Gersterstraße 74, 04279 Leipzig*

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das o. g. Kind sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z. B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, Durchfall) aufweisen (vgl. Allgemeinverfügung zur Regelung des Betriebes von Einrichtungen der Kinder-tagesbetreuung und von Schulen im Zusammenhang mit der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie, Punkt 3.5.1).

Datum	Name des Kindes	Klasse	Unterschrift eines Elternteils / Personensorgeberechtigten

**Gesundheitsbestätigung***9. Grundschule – Gersterstraße 74, 04279 Leipzig*

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das o. g. Kind sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z. B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, Durchfall) aufweisen (vgl. Allgemeinverfügung zur Regelung des Betriebes von Einrichtungen der Kinder-tagesbetreuung und von Schulen im Zusammenhang mit der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie, Punkt 3.5.1).

Datum	Name des Kindes	Klasse	Unterschrift eines Elternteils / Personensorgeberechtigten

**Gesundheitsbestätigung***9. Grundschule – Gersterstraße 74, 04279 Leipzig*

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das o. g. Kind sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z. B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, Durchfall) aufweisen (vgl. Allgemeinverfügung zur Regelung des Betriebes von Einrichtungen der Kinder-tagesbetreuung und von Schulen im Zusammenhang mit der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie, Punkt 3.5.1).

Datum	Name des Kindes	Klasse	Unterschrift eines Elternteils / Personensorgeberechtigten