Gesundheitsbestätigung Sommertraining 2020

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Gruppe (z.B. Montags 17 Uhr):

Hiermit berstätige ich mit meiner Unterschrift, dass mein Kind sowie die im Haushalt lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigungen, Durchfall) aufweisen.

Datum	Unterschrift

Datum	Unterschrift