

Grundschule „K. Kollwitz“  
Willhelm-Hellge-Str. 77  
39218 Schönebeck

*Bescheinigung zur Vorlage in der Schule*

Vor- und Familienname: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

		JA	NEIN
1)	hat heute erkennbare Symptome einer COVID-19 Erkrankung gemäß der aktuellen RKI-Definition oder Erkältungssymptome. Ausgenommen sind Symptome, die auf ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankungen beruhen (Heuschnupfen und andere Allergien etc.).	[ ]	[ ]
2)	hatte innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu mindestens einer laborbestätigt infizierten Person.	[ ]	[ ]
3)	hatte Kontakt zu einer Person, die in den letzten 14 Tagen aus dem Ausland zurückgekehrt ist und nach der Rückkehr Quarantänebeschränkungen unterliegt.	[ ]	[ ]
4)	ist in den letzten 14 Tagen selbst aus einem Risikogebiet gemäß der aktuellen RKI-Definition zurückgekehrt .	[ ]	[ ]
5)	- Nur wenn unter 4) mit „ja“ geantwortet wurde. – Ein Test auf das SARS-CoV-2-Virus wurde durchgeführt. Das Testergebnis liegt vor und ist negativ.	[ ]	[ ]
6)	Die in der Schule bekannte Anschrift und Telefonnummer sind aktuell.	[ ]	[ ]

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o. g. Angaben. Mir ist bewusst, dass Veränderungen o. g. Angaben sofort der Schule zu melden sind.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines/einer Sorgeberechtigten