

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Kind keinerlei Krankheitssymptome hat und nach jetzigen Kenntnisstand in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer mit COVID-19 infizierten Person hatte.

Datum / Unterschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Kind keinerlei Krankheitssymptome hat und nach jetzigen Kenntnisstand in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer mit COVID-19 infizierten Person hatte.

Datum / Unterschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Kind keinerlei Krankheitssymptome hat und nach jetzigen Kenntnisstand in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer mit COVID-19 infizierten Person hatte.

Datum / Unterschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Kind keinerlei Krankheitssymptome hat und nach jetzigen Kenntnisstand in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer mit COVID-19 infizierten Person hatte.

Datum / Unterschrift: _____

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Kind keinerlei Krankheitssymptome hat und nach jetzigen Kenntnisstand in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer mit COVID-19 infizierten Person hatte.

Datum / Unterschrift: _____