

Name der Einrichtung: Kita Sausewind  
Am Stadtrand 4, 02977 Hoyerswerda

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Klasse/Gruppe: \_\_\_\_\_

Monat/Jahr: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das o.g. Kind keine Symptome der Krankheit Covid-19 (allgemeines Krankheitsgefühl, Fieber ab 38°C, Durchfall, Erbrechen, Geruchs- oder Geschmacksstörungen, nicht nur gelegentliches Husten) aufweist. (Vgl. aktuelle Allgemeinverfügung zur Regelung des Betriebes von Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und von Schulen im Zusammenhang mit der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie.)

Datum	Unterschrift eines Elternteils/ Personensorgeberechtigten bzw. bevollmächtigten Person	Datum	Unterschrift eines Elternteils/ Personensorgeberechtigten bzw. bevollmächtigten Person

*Klarstellender Hinweis: Der Zutritt zur Einrichtung ist erst 24 Stunden nach dem letzten Auftreten von Fieber ab 38°C und erst zwei Tage nach dem letzten Auftreten eines Symptoms oder nach Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, nach der keine SARS-CoV-2-Infektion besteht, gestattet.*