



VOLLTREFFER Garten-Gesundheitserklärung

Vor- und Nachname des Teilnehmers	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Wohnort	
Telefonnummer	

Teilnahme am VOLLTREFFER Garten Programm

Titel: _____

Tag und Uhrzeit: _____

Hiermit bestätige ich, dass mein/e Sohn/Tochter _____

- in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer mit Covid-19 infizierten Person hatte.
- und in unserem Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, erhöhte Temperatur, Husten, Halsschmerzen) aufweisen.

Vor- und Nachname des Erziehungsberechtigten: _____

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter: