

**Erklärung für den** \_\_\_\_\_  
Datum des Kita-Besuches

Wir versichern/Ich versichere, dass unser/mein Kind

\_\_\_\_\_,  
geb. am \_\_\_\_\_ und die Angehörigen des gleichen  
Hausstandes keine Krankheitssymptome für COVID-19,  
insbesondere Husten, Fieber, Atemprobleme, Verlust des  
Geschmacks-/Geruchssinns, Halsschmerzen, Glieder-  
schmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall,  
aufweisen und nicht in Kontakt zu infizierten Personen stehen  
oder seit dem Kontakt mit infizierten Personen 14 Tage  
vergangen sind.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/der Personensorgeberechtigten

-----  
Hier bitte abtrennen

**Erklärung für den** \_\_\_\_\_  
Datum des Kita-Besuches

Wir versichern/Ich versichere, dass unser/mein Kind

\_\_\_\_\_,  
geb. am \_\_\_\_\_ und die Angehörigen des gleichen  
Hausstandes keine Krankheitssymptome für COVID-19,  
insbesondere Husten, Fieber, Atemprobleme, Verlust des  
Geschmacks-/Geruchssinns, Halsschmerzen, Glieder-  
schmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall,  
aufweisen und nicht in Kontakt zu infizierten Personen stehen  
oder seit dem Kontakt mit infizierten Personen 14 Tage  
vergangen sind.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/der Personensorgeberechtigten

**Erklärung für den** \_\_\_\_\_  
Datum des Kita-Besuches

Wir versichern/Ich versichere, dass unser/mein Kind

\_\_\_\_\_,  
geb. am \_\_\_\_\_ und die Angehörigen des gleichen  
Hausstandes keine Krankheitssymptome für COVID-19,  
insbesondere Husten, Fieber, Atemprobleme, Verlust des  
Geschmacks-/Geruchssinns, Halsschmerzen, Glieder-  
schmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall,  
aufweisen und nicht in Kontakt zu infizierten Personen stehen  
oder seit dem Kontakt mit infizierten Personen 14 Tage  
vergangen sind.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/der Personensorgeberechtigten

-----  
Hier bitte abtrennen

**Erklärung für den** \_\_\_\_\_  
Datum des Kita-Besuches

Wir versichern/Ich versichere, dass unser/mein Kind

\_\_\_\_\_,  
geb. am \_\_\_\_\_ und die Angehörigen des gleichen  
Hausstandes keine Krankheitssymptome für COVID-19,  
insbesondere Husten, Fieber, Atemprobleme, Verlust des  
Geschmacks-/Geruchssinns, Halsschmerzen, Glieder-  
schmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall,  
aufweisen und nicht in Kontakt zu infizierten Personen stehen  
oder seit dem Kontakt mit infizierten Personen 14 Tage  
vergangen sind.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/der Personensorgeberechtigten