Verbindliche Erklärung zum Gesundheitszustand und
Versicherung der Kenntnisnahme der Betretungsverbote sowie der Infektionsschutzmaßnahmen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Vorlage bis spätestens 1. Juli 2020 in der Einrichtung gemäß § 13 ThürSARS-CoV-2-KiSSP-VO

# Einrichtung

|  |  |
| --- | --- |
| Name undAnschrift der Einrichtung: |  |

# Betreutes Kind

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname(n): |  | Geburtsdatum: |  |
| Gruppe: |  |

# Erreichbarkeit der Personensorgeberechtigte(n)

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname(n): |  |
| Wohnanschrift |  |
| Telefonnummer(n) |  |  |
|  |
| Name, Vorname(n): |  |
| Wohnanschrift |  |
| Telefonnummer(n) |  |  |

# Erklärung zum Gesundheitszustand

Hiermit wird bestätigt, dass das zu betreuende Kind sowie alle im gleichen Hausstand mit dem Kind lebenden Personen

* keine erkennbaren Symptome einer Covid-19-Erkrankung wie Husten, Fieber und Halsschmerzen aufweisen,
* nicht in direktem Kontakt zu einer nachweislich mit dem Virus SARS-CoV-2 infizierten Person stehen oder seit dem Kontakt mit einer mit dem VirusSARS-CoV-2 infizierten Person 14 Tage vergangen sind.
* Mein Kind leidet unter einer Erkrankung, deren Symptome einer SARS-CoV-2-Infektion ähneln. Ein geeigneter Nachweis, der die Unbedenklichkeit dieser Symptome bei meinem Kind belegt, wird dieser Erklärung zum Verbleib in der Einrichtung beigefügt.

# Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns bei

* Auftreten von Symptomen einer Covid-19-Erkrankung wie Husten, Fieber und Halsschmerzen) bei dem zu betreuenden Kind oder einer anderen im Hausstand lebenden Person und/oder
* Kontakt zu einer mit dem Virus SARS-CoV-2 infizierten Person

umgehend die Einrichtung zu informieren und die Einrichtung nicht zu betreten.

# Infektionsschutz- und Hygienekonzept

* Die Betretungsverbote sowie die Infektionsschutzmaßnahmen im Zusammenhang mit er COVID-19-Pandemie der Einrichtung sind mir/uns bekannt.
* Ich habe/wir haben diese zur Kenntnis genommen.
* Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, diese zu beachten.

# Datenschutz

* Ich bin/wir sind mit der Übermittlung der Daten zur Erreichbarkeit an das zuständige Gesundheitsamt im Falle einer notwendigen Kontaktnachverfolgung einverstanden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort/Datum Unterschrift Personensorgeberechtigte

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Unterschrift Personensorgeberechtigte