

ERKLÄRUNG

Hiermit bestätige ich, dass Zirkusferienkind

Name, Vorname:

PLZ, Ort:

Straße, Nr.:

Tel.:

in den letzten 14 Tagen keinen fiebrigen Atemwegsinfekt hatte, keinen Kontakt zu einer Person mit nachgewiesener COVID-19 Erkrankung hatte oder selbst positiv auf COVID 19 getestet worden ist.

Ich genehmige für o.g. Person die Teilnahme am Kurs

des CABUWAZI-Standortes

am (Zeitraum),

von bis (tägliche Uhrzeit).

Die derzeit geltenden Abstandsregeln halten wir ein, das CABUWAZI-Hygiene-Konzept (jeweils aktuelle Fassung) haben wir zur Kenntnis genommen, verstanden und bestätigen dessen Berücksichtigung beim Besuch der Einrichtung.

Datum, Unterschrift
Erziehungsberechtigte-/r

Datum, Unterschrift
Zirkuskind