

ERKLÄRUNG

Hiermit bestätige ich, dass

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 an den Zirkusferien
des CABUWAZI-Standortes

vom

bis

(Zeitraum),

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