Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung	**Vogtlandkonservatorium**
Name, Vorname des Kindes: **Geburtsdatum:**	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das o.g. Kind sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid19 (z.B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, Durchfall) aufweisen.

Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten	Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten