

Gesundheitsbestätigung

Name der Schule	Freie Waldorfschule Engelberg
Name und Vorname des Schülers/der Schülerin	
Geburtsdatum	
Klasse	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

- der oben genannte Schüler/die oben genannte Schülerin in den letzten 14 Tagen keinen (wissentlichen) Kontakt zu einer mit Covid-19 infizierten Person hatte.
- der oben genannte Schüler/die oben genannte Schülerin sowie die im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 (z.B. Geruchs- und Geschmacksbeeinträchtigung, erhöhte Temperatur, Husten) aufweisen.
- die Schule umgehend informiert wird, wenn die oben genannten Krankheitssymptome auftreten.
- nach meiner Kenntnis keine Quarantänepflicht für den oben genannten Schüler/die oben genannte Schülerin besteht
- der oben genannte Schüler/die oben genannte Schülerin bei Auftreten von Krankheitssymptomen während des Unterrichts bzw. der Betreuung falls nötig abgeholt wird.

Datum	Unterschrift eines Erziehungsberechtigten oder des/der volljährigen Schülers/Schülerin