

<p>_____ Name des Kindes</p> <p>_____ Datum</p> <p>Hiermit bestätige Ich, dass das oben genannte Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Krankheitssymptome hat <input type="checkbox"/> Keinen Kontakt zu Covid-19 Erkrankten hatte <input type="checkbox"/> in keinem Risikogebiet war. <input type="checkbox"/> Wir (Eltern) keine Krankheitssymptome haben <p>_____ Unterschrift</p>	<p>_____ Name des Kindes</p> <p>_____ Datum</p> <p>Hiermit bestätige Ich, dass das oben genannte Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Krankheitssymptome hat <input type="checkbox"/> Keinen Kontakt zu Covid-19 Erkrankten hatte <input type="checkbox"/> in keinem Risikogebiet war. <input type="checkbox"/> Wir (Eltern) keine Krankheitssymptome haben <p>_____ Unterschrift</p>	<p>_____ Name des Kindes</p> <p>_____ Datum</p> <p>Hiermit bestätige Ich, dass das oben genannte Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Krankheitssymptome hat <input type="checkbox"/> Keinen Kontakt zu Covid-19 Erkrankten hatte <input type="checkbox"/> in keinem Risikogebiet war. <input type="checkbox"/> Wir (Eltern) keine Krankheitssymptome haben <p>_____ Unterschrift</p>	<p>_____ Name des Kindes</p> <p>_____ Datum</p> <p>Hiermit bestätige Ich, dass das oben genannte Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Krankheitssymptome hat <input type="checkbox"/> Keinen Kontakt zu Covid-19 Erkrankten hatte <input type="checkbox"/> in keinem Risikogebiet war. <input type="checkbox"/> Wir (Eltern) keine Krankheitssymptome haben <p>_____ Unterschrift</p>	<p>_____ Name des Kindes</p> <p>_____ Datum</p> <p>Hiermit bestätige Ich, dass das oben genannte Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Krankheitssymptome hat <input type="checkbox"/> Keinen Kontakt zu Covid-19 Erkrankten hatte <input type="checkbox"/> in keinem Risikogebiet war. <input type="checkbox"/> Wir (Eltern) keine Krankheitssymptome haben <p>_____ Unterschrift</p>
<p>_____ Name des Kindes</p> <p>_____ Datum</p> <p>Hiermit bestätige Ich, dass das oben genannte Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Krankheitssymptome hat <input type="checkbox"/> Keinen Kontakt zu Covid-19 Erkrankten hatte <input type="checkbox"/> in keinem Risikogebiet war. <input type="checkbox"/> Wir (Eltern) keine Krankheitssymptome haben <p>_____ Unterschrift</p>	<p>_____ Name des Kindes</p> <p>_____ Datum</p> <p>Hiermit bestätige Ich, dass das oben genannte Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Krankheitssymptome hat <input type="checkbox"/> Keinen Kontakt zu Covid-19 Erkrankten hatte <input type="checkbox"/> in keinem Risikogebiet war. <input type="checkbox"/> Wir (Eltern) keine Krankheitssymptome haben <p>_____ Unterschrift</p>	<p>_____ Name des Kindes</p> <p>_____ Datum</p> <p>Hiermit bestätige Ich, dass das oben genannte Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Krankheitssymptome hat <input type="checkbox"/> Keinen Kontakt zu Covid-19 Erkrankten hatte <input type="checkbox"/> in keinem Risikogebiet war. <input type="checkbox"/> Wir (Eltern) keine Krankheitssymptome haben <p>_____ Unterschrift</p>	<p>_____ Name des Kindes</p> <p>_____ Datum</p> <p>Hiermit bestätige Ich, dass das oben genannte Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Krankheitssymptome hat <input type="checkbox"/> Keinen Kontakt zu Covid-19 Erkrankten hatte <input type="checkbox"/> in keinem Risikogebiet war. <input type="checkbox"/> Wir (Eltern) keine Krankheitssymptome haben <p>_____ Unterschrift</p>	<p>_____ Name des Kindes</p> <p>_____ Datum</p> <p>Hiermit bestätige Ich, dass das oben genannte Kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Krankheitssymptome hat <input type="checkbox"/> Keinen Kontakt zu Covid-19 Erkrankten hatte <input type="checkbox"/> in keinem Risikogebiet war. <input type="checkbox"/> Wir (Eltern) keine Krankheitssymptome haben <p>_____ Unterschrift</p>