**TSV 1960 Herbertshofen e. V.**

Ulrichstr. 20

86405 Herbertshofen

**Dieses Formular ist für Kindern unter 8 Jahren!**

**Unterschrift der Eltern nötig!**

**SARS-COV-2 Risiko – Kontaktrisiko und Symptom-Evaluation**

Abteilung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum/Uhrzeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon oder E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bitte beantworte die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2** | | |
| Hattest du ungeschützten Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage? | ja | nein |
| Liegt eines der bekannten SARS-CoV-2 Symptome in deinem Haushalt vor? | ja | nein |
| Liegt ein negatives Testergebnis vor? | ja | nein |
| Ist Ihr Kind genesen? | ja | nein |
| Ist Ihr Kind geimpft? | ja | nein |

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der oben ausgefüllten Fragen!

Ich nehme hiermit das Hygienekonzept zu Kenntnis!

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigter