

Besucherinformation Coronavirus (SARS-CoV-2)

Angaben zum Besucher/Kind

Name: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____

Angaben der Sorgeberechtigten

Name: _____
Telefonnummer: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind das Jugendzentrum besucht und die Daten, die hiermit erhoben wurden, für 4 Wochen verschlossen aufbewahrt werden.

Bitte Datum des Besuches eintragen: _____

Hat Ihr Kind aktuell Symptome einer Erkältungskrankheit (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Geschmacks-/Geruchsstörungen) oder Fieber?

Ja Nein

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage bzw. der 14 Tage vor Symptombeginn, Kontakt zu einer nachgewiesenermaßen an Covid-19 erkrankten Person oder einer Einrichtung (Krankenhaus, Altenheim, Arztpraxis, Kinderbetreuungseinrichtung) mit einer Häufung von Covid-19-Fällen?

Ja Nein

Ein Besuch kann nur erfolgen, wenn beide Fragen mit **Nein** beantwortet werden. Bitte bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____



Simone Schweier

Tel: 06188-784-25

Handy: 0172-6635279

E-Mail: jugend@karlstein.de