

Verbindliche Erklärung zum Gesundheitszustand und Versicherung der Kenntnisnahme der Betretungsverbote sowie der Infektionsschutzmaßnahmen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

So wie die Informationspflicht nach § 34 IfSG das der vollständige /altersgerechte Impfstatus eingehalten wurde.

Vorlage bei Anreise zu Veranstaltungen beim Ponyhof Kaata gemäß § 13 ThürSARS-CoV-2-KiSSP-VO

Einrichtung

Name und Anschrift der Einrichtung:	Pferdepension & Ponyhof Kaata 99880 Waltershausen, Wintersteinerstr.11a / OT Langenhain 03622 4016666
---	---

Betreutes Kind

Name, Vorname(n):		Geburtsdatum:	
Reiterferien Ponyhof Kaata	bei		

Erreichbarkeit der Personensorgeberechtigte(n)

Name, Vorname(n):			
Wohnanschrift			
Telefonnummer(n)			

Name, Vorname(n):			
Wohnanschrift			
Telefonnummer(n)			

Erklärung zum Gesundheitszustand

Hiermit wird bestätigt, dass das zu betreuende Kind sowie alle im gleichen Hausstand mit dem Kind lebenden Personen

- ☐ keine erkennbaren Symptome einer Covid-19-Erkrankung wie Husten, Fieber und Halsschmerzen aufweisen,
- ☐ nicht in direktem Kontakt zu einer nachweislich mit dem Virus SARS-CoV-2 infizierten Person stehen oder seit dem Kontakt mit einer mit dem Virus SARS-CoV-2 infizierten Person 14 Tage vergangen sind.
- ☐ Mein Kind leidet unter einer Erkrankung, deren Symptome einer SARS-CoV-2-Infektion ähneln. Ein geeigneter Nachweis, der die Unbedenklichkeit dieser Symptome bei meinem Kind belegt, wird dieser Erklärung zum Verbleib in der Einrichtung beigelegt.

Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns bei

- ☐ Auftreten von Symptomen einer Covid-19-Erkrankung wie Husten, Fieber und Halsschmerzen) bei dem zu betreuenden Kind oder einer anderen im Hausstand lebenden Person und/oder
- ☐ Kontakt zu einer mit dem Virus SARS-CoV-2 infizierten Person umgehend die Einrichtung zu informieren und die Einrichtung nicht zu betreten.

Infektionsschutz- und Hygienekonzept

- ☐ Die Betretungsverbote sowie die Infektionsschutzmaßnahmen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie der Einrichtung sind mir/uns bekannt.
- ☐ Wir bestätigen ebenfalls das nach § 34 IfSG der altersgerechte Impfstatus besteht und keine weiteren Erkrankungen bekannt sind welche zum Ausschluss führen können.
- ☐ Ich habe/wir haben diese zur Kenntnis genommen.
- ☐ Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, diese zu beachten.

Datenschutz

- ☐ Ich bin/wir sind mit der Übermittlung der Daten zur Erreichbarkeit an das zuständige Gesundheitsamt im Falle einer notwendigen Kontaktnachverfolgung einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Unterschrift Personensorgeberechtigte