

Erklärung Sorgeberechtigter/ Betreuer gemäß § 43 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Angaben zur geschäftsunfähigen bzw. beschränkt geschäftsfähigen Person:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus Nr., PLZ, Wohnort)		
Geschlecht: m/w/d	Staatsangehörigkeit	
Arbeitgeber/Schule		
Praktikumsbetrieb		

Name, Vorname der/des Sorgeberechtigten bzw. Betreuers
--

Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen zum Infektionsschutzgesetz §§ 42/43 gelesen und verstanden habe und mir keine Anhaltspunkte für ein Tätigkeitsverbot der oben genannten Person bekannt sind:

- z.B.
- Durchfälle, d.h. mehr als zwei nicht geformte Stuhlgänge/Tag evtl. mit krampfartigen Bauchschmerzen,
 - Übelkeit, Erbrechen,
 - Fieber,
 - gelbe Augen- oder Hautverfärbungen als Zeichen einer Leberentzündung,
 - ansteckende Hauterkrankungen, eitrige Wunden oder Entzündungen am Fingernagel oder Nagelbett.

Sollten Anhaltspunkte nach Aufnahme der Tätigkeit auftreten, verpflichte ich mich, diese dem Arbeitgeber/Dienstherren bzw. der Schule/dem Praktikumsbetrieb unverzüglich mitzuteilen, damit alle erforderlichen Maßnahmen eingeleitet werden können, um eine Weiterverbreitung der Krankheitserreger zu verhindern.

Datum: _____

Unterschrift des Kindes/ der betreuten Person

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten / Betreuers

Erklärung ausgefüllt und unterschrieben senden an: ifsg@tz-glehn.de