

☎ - Vermittlung: 02162 39 – 0
☎ - Durchwahl: 02162 39 – 1697
Fax: 02162 39 – 1837
E-Mail: gesundheitszeugnis@kreis-viersen.de

Einverständniserklärung des Erziehungs-/Sorgeberechtigten

Name, Vorname

Geb. am

Anschrift

PLZ und Ort

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass mein nicht voll geschäftsfähiges Kind
_____ an der Belehrung des Gesundheitsamtes des Kreises Viersen nach
§ 43 Infektionsschutzgesetz teilnimmt.

Weiterhin erkläre ich, dass ich die Gesundheitsinformation für den Umgang mit Lebensmitteln ge-
lesen habe und mir für mein nicht voll geschäftsfähiges Kind _____
keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot nach § 42 Infektionsschutzgesetz bekannt sind.

_____, den _____
(Datum)

(Unterschrift)