

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter

.....
Name, Vorname

eine Bescheinigung zur Ausübung einer Tätigkeit im Lebensmittelbereich nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) beantragt.

Gleichzeitig erkläre ich mich einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter zum Ausschluss von gesundheitlichen Hinderungsgründen vom Gesundheitsamt an einen niedergelassenen Facharzt überwiesen werden darf und die ärztlichen Befunde durch das Gesundheitsamt angefordert werden dürfen.

Datum / Unterschrift des Erziehungsberechtigten