

---

Name, Vorname der / des Sorgeberechtigten

---

Datum

## Erklärung zur Belehrung nach § 43 IfSG

### Angaben zur geschäftsunfähigen bzw. beschränkt geschäftsfähigen Person:

Name	Vorname	geb. am
Anschrift		

Bitte vollständig ausfüllen!

An der Belehrung der oben genannten geschäftsunfähigen bzw. beschränkt geschäftsfähigen Person im Gesundheitsamt können wir nicht teilnehmen.

Die schriftliche Belehrung haben wir jedoch erhalten und aufmerksam durchgelesen.

Hiermit bestätigen wir, dass Hinderungsgründe nach § 42 Abs. 1IfSG (u.a. Durchfall oder Erbrechen) bei der genannten Person nicht vorliegen. Sollten Hinderungsgründe nach Aufnahme der Tätigkeit auftreten, verpflichten wir uns, diese dem Arbeitgeber / Dienstherrn bzw. der Schule / dem Praktikumsbetrieb unverzüglich mitzuteilen, damit dieser sofort die zur Verhinderung der Weiterverbreitung der Krankheitserreger erforderlichen Maßnahmen treffen kann.

---

Unterschrift der Sorgeberechtigten

---

Unterschrift des Sorgeberechtigten