LWL-Berufsbildungswerk Soest

- Förderzentrum für blinde und sehbehinderte Menschen -

**Selbstauskunft**

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen und zum Schutz aller

füllen Sie bitte die folgende Selbstauskunft

für Ihren Besuch im LWL BBW Soest aus

Name:

Straße / Ort:

Tel.:

Mail:

Ich versichere, dass weder ich selbst noch alle Angehörigen des gemeinsamen Hausstandes

1. zur Zeit Krankheitssymptome wie Schnupfen, Halsschmerzen, Fieber, Husten, Atemnot aufweisen
2. Innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu COVID-19 infizierten Personen hatten
3. enge, haushaltsähnliche Kontakte zu einer Person haben, die auf dem Land-, See- oder Luftweg aus einem Staat außerhalb der Bundesrepublik Deutschland eingereist ist (dies gilt für einen Zeitraum von 14 Tagen seit der Einreise).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Bei akuten Krankheitssymptomen werde ich die Einrichtung nicht betreten und den Termin kurzfristig absagen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Unterschrift der/des

Teilnehmende/r Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für die Mitwirkung!