

## Einverständniserklärung - Besuch der Tagesförderstätte -

Name der/s TAF-Besucher\*in: \_\_\_\_\_

ggf. gesetzl. Betreuer\*in: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

- Ich bin mit dem Wiedereinstieg der oben genannten Person in die Tagesförderstätte ab dem \_\_\_\_\_ im Rahmen eines Teilzeitmodells einverstanden.
- Ich bin mit dem Wiedereinstieg der oben genannten Person in die Tagesförderstätte zurzeit noch nicht einverstanden.
- 
- Ich versichere, dass ich/mein\*e Angehörige\*r/gesetzlich Betreute\*r den letzten 14 Tagen keinen wissentlichen Kontakt zu einer Person mit positivem Covid 19-Befund hatte.
- Ich/mein\*e Angehörige\*r/gesetzlich Betreute\*r kann bei der Beförderung und bei Unterschreitung des Mindestabstandes von 1,50 m eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen.
- Ich bin/mein\*e Angehörige\*r/gesetzlich Betreute\*r ist ärztlich von der Tragepflicht einer Mund-Nasen-Bedeckung befreit (ärztliches Attest liegt bei).
- 
- Ich weiß, dass der Wiedereinstieg in die Tagesförderstätte auf Freiwilligkeit beruht. Ich bin mir über mögliche bestehende und zusätzliche Infektionsrisiken aufgrund vermehrter Kontakte im Rahmen des Besuchs der Tagesförderstätte bewusst. Das beiliegende Rundschreiben habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

ggf. gesetzliche\*r Betreuer\*in