

An den
Kreis Paderborn
Gesundheitsamt
Aldegreverstraße 10-14
33102 Paderborn

**Erklärung für Sorgeberechtigte
gem. § 43 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Hiermit erkläre ich, dass ich gemäß § 43 Infektionsschutzgesetz den Belehrungstext
**„Belehrung gem. § 43 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) -
Gesundheitsinformationen für den Umgang mit Lebensmitteln“** erhalten und
verstanden habe und mir keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bei meiner

Tochter/meinem Sohn _____, geb. am
(Name, Vorname)

bekannt sind.

Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn auch
ohne meine Anwesenheit an der Belehrung teilnimmt.

Sorgeberechtigter:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Ort, Datum

Unterschrift