

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