
Name, Vorname

Ort, Datum

An die
Kreisverwaltung Soest
Abteilung Gesundheit
Hoher Weg 1-3
59494 Soest

Erklärung

Ich als Erziehungsberechtigte/r bzw. Sorgeberechtigte/r meines/r Sohnes/Tochter
_____, geb. am _____ habe die Gesundheitsin-
formationen für den Umgang mit Lebensmitteln gelesen und erkläre hiermit für mein nicht
voll geschäftsfähiges Kind, dass mir keine Hinderungsgründe für die Ausstellung der
Belehrungsbescheinigung bekannt sind. Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass
mein/e Sohn/Tochter auch ohne meine Anwesenheit an der Belehrung teilnimmt.

Unterschrift

Hinweis des Gesundheitsamtes:

Diese Bescheinigung gilt nur für Personen zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr! Zudem
wird darauf aufmerksam gemacht, dass derjenige, der vorsätzlich oder fahrlässig gegen die
Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes verstößt, ordnungswidrig handelt oder sich
strafbar macht.