

Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

Personensorgeberechtigte:

Name _____ Vorname _____

Name _____ Vorname _____

Adresse: _____

Kind:

Name _____ Vorname _____

geboren am: _____ Klasse: _____

Hiermit bestätige/n wir/ich, dass mein/unser Kind bei Wiedereintritt in die Schule gesund und seit 48 Stunden symptomfrei ist (bspw. Gliederschmerzen, unübliche Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Schüttelfrost, Fieber, Kurzatmigkeit, Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns).

Datum und Unterschrift der Personenberechtigten

Telefon für Rückfragen: _____