

Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

Personensorgeberechtigte:

Name: _____ Vorname _____

Name: _____ Vorname _____

Adresse: _____

Kind:

Name _____ Vorname _____

Geboren _____

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

Datum und Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Telefon für Rückfragen: _____