
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 nicht aus Risikogebieten, Hochinzidenzgebieten und Virusvariantengebieten kommt 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: _____