

Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

Personensorgeberechtigte:

Name _____ Vorname _____

Name _____ Vorname _____

Adresse: _____

Kind:

Name _____ Vorname _____

Geboren: _____ Klasse _____

Hiermit bestätigen wir/ich, dass mein/unser Kind bei Wiedereintritt in die Schule gesund und seit mindestens 48 Stunden symptomfrei ist (z.B. Gliederschmerzen, unübliche Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Schüttelfrost, Fieber, Kurzatmigkeit, Verlust des Geruchs- und Geschmackssinnes).

Datum und Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Telefon für Rückfragen _____