

Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

Personensorgeberechtigte:

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Name	Vorname

Anschrift	

Kind:

_____	_____
Name	Vorname

Geb. Datum	

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	Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Telefon für Rückfragen