



Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

(betrifft die Fälle, die auf der Vorderseite in Spalte 2 und 3 beschrieben sind)

Eltern / Personensorgeberechtigte:

Name: _____ Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____ Klasse und Klassenlehrer/in: _____

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 Eltern / Personensorgeberechtigten

Telefon für Rückfragen: _____