



Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

Personensorgeberechtigte:

Vorname Name:

Adresse:

Schüler*in:

Vorname Name:

Klasse:

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

Datum und Unterschrift der Personensorgeberechtigten