

## Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

### Personenberechtigte:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geboren \_\_\_\_\_

Ich/Wir bestätige/n, dass mein/unsere 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 Personenberechtigten

\_\_\_\_\_

Telefon für Rückfragen \_\_\_\_\_