**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 |