



## Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

### Personensorgeberechtigte:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

### Kind:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_

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

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift/en der/des Personenberechtigten

\_\_\_\_\_

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen

\_\_\_\_\_