



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 Personensorgeberechtigten

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen
