

# Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

## Personensorgeberechtigte:

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

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

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

## Kind:

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

Geboren \_\_\_\_\_

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 und Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Telefon für Rückfragen: \_\_\_\_\_