

Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes/der Kinder bei Wiedereintritt in die Schule nach Krankheit

Personenberechtigte:

Name: _____ Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Kind/ Kinder:

Klasse: _____

Name: _____ Vorname: _____

Klasse: _____

Name: _____ Vorname: _____

Hiermit wird bestätigt, dass mein/e bzw. unser/e Kind/er bei Wiedereintritt in die Schule gesund und seit 48 Stunden symptomfrei (bspw. ohne Gliederschmerzen, unübliche Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Schüttelfrost, Fieber, Kurzatmigkeit, Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns) ist/sind.

Datum: _____

Unterschrift der Personenberechtigten: _____

Telefon für Rückfragen: _____