

## Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

zur Vorlage in der Schule

### Erziehungsberechtigte

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

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

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

### Kind

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

Klasse: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass mein/unser Kind bei Wiedereintritt in die Schule gesund und seit 48 Stunden symptomfrei (bspw. Gliederschmerzen, unübliche Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Schüttelfrost, Fieber, Kurzatmigkeit, Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns) ist.

Datum und Unterschrift der Erziehungsberechtigten:

---