



## Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

### Personensorgeberechtigte:

Vorname Name:

Adresse:

-----

### Schüler\*in:

Vorname Name:

Klasse:

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

---

Datum und Unterschrift der Personensorgeberechtigten