

## **Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes**

Nach überstandener Krankheit zur Vorlage in der Schule

### **Eltern / 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 (zum Beispiel Gliederschmerzen, unübliche Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Schüttelfrost, Fieber, Kurzatmigkeit, Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns).**

Datum und Unterschrift der Eltern / Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_

Telefon für Rückfragen: \_\_\_\_\_