

# Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes/Jugendlichen

## Personensorgeberechtigte:

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Name	Vorname
_____	
Anschrift	

## Kind:

_____	_____
Name	Vorname
_____	
Geb. Datum	

- Hiermit bestätige/n wir/ich, dass mein/unser Kind nach Erkrankung bei Wiedereintritt in die Schule gesund und seit mindestens 24 Stunden symptomfrei ist.
- Hiermit bestätige/n wir/ich, dass mein/unser Kind nach nachgewiesener Corona-Erkrankung seit mindestens 48 Stunden symptomfrei (z.B. Fieber, Kopfschmerz, Übelkeit) und die Quarantänezeit abgelaufen ist.

_____	_____
Datum	Unterschrift der Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_

Telefon für Rückfragen