

## Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

### 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 (bspw. Gliederschmerzen, unübliche Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Schüttelfrost, Fieber, Kurzatmigkeit, Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns).

Datum und Unterschrift der Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_

Telefon für Rückfragen: \_\_\_\_\_

\* Dieses Muster-Formular wird von der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie zur Verfügung gestellt \*