

07G31

Carl-Sonnenschein-Grundschule



Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

Personensorgeberechtigte:

Name _____ Vorname _____

Name _____ Vorname _____

Adresse: _____

Kind

Name _____ Vorname _____

Geboren _____

Klasse _____

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).

Hiermit bestätige/n wir/ich, dass der letzte Aufenthalt ins Ausland mein/unseres Kindes bei Wiedereintritt in die Schule länger als 2 Wochen vor Schulbeginn zurückliegt. Ansonsten wird ein negativer RT-PCR-Test vorgewiesen, dessen Probeentnahme max. 72 Std. vor Schulantritt zurückliegen darf.

Datum und Unterschrift der Personensorgeberechtigten:

Telefon für Rückfragen:
