

Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

Personensorgeberechtigte:

Name Vorname: _____

Name Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon für Rückfragen: _____

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).
- der bei meinem/unserem Kind durchgeführte Corona-Test negativ ist, die vom Gesundheitsamt angeordneten Maßnahmen eingehalten wurden und mein/unser Kind laut Befürwortung seitens des Gesundheitsamtes wieder die Schule besuchen darf.
- wir/ich / mein/unser Kind aufgrund des positiven Corona-Tests die vorgegebenen Maßnahmen und Richtlinien des Gesundheitsamtes befolgt haben. Von meinem/unserem Kind geht keine Ansteckungsgefahr mehr aus und es darf laut Befürwortung seitens des Gesundheitsamtes wieder die Schule besuchen.

Datum und Unterschrift der Personensorgeberechtigten