

Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes*



Zur Vorlage in der Schule

Personensorgeberechtigte:

Name _____ Vorname _____

Name _____ Vorname _____

Kind

Name _____ Vorname _____

Lerngruppe _____

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

Telefonnummer für Rückfragen: _____

** Dieses Muster-Formular wird von der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie zur Verfügung gestellt und ist an den gültigen, individuellen Hygieneplan der Thomas-Mann-Grundschule angepasst.*