**Erklärung zur Symptomfreiheit bei Kindern nach einer Erkrankung mit Krankheitssymptomen von COVID-19**

|  |
| --- |
| Vorname des Kindes |
| Nachname des Kindes |

**Eigenerklärung Erziehungsberechtigte/r**

Hiermit bestätige(n) ich/wir, dass meine/unsere Kinder seit 48 Stunden

symptomfrei: Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Fehlen von Geruchs- und Geschmackssinn, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen

sind.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift beider Erziehungsberechtigte/r