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

|  |
| --- |
| Vorname desKindes |
| Nachname desKindes |

**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