

Erklärung der/des Erziehungsberechtigten : \_\_\_\_\_  
(Name in Druckbuchstaben)

Datum: \_\_\_\_\_ Datum der ersten Symptome: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Meldung an die Schule am : \_\_\_\_\_

Mein Kind zeigt die folgenden Symptome:

Schnupfen  Husten  erhöhte Temperatur  Kurzatmigkeit

Verlust des Geruchs-/ Geschmackssinns  Halsschmerzen

Kopf-und Gliederschmerzen  allgemeine Schwäche

Eine ärztliche Abklärung ist erfolgt  ist nicht erfolgt

Nach der Entscheidung des Arztes ist ein Coronatest notwendig  nicht notwendig

Ich versichere, dass mein Kind keine Symptome einer COVID-19-Erkrankung hat und dass die Krankheit auch nach 24 Stunden im häuslichen Bereich nicht schlimmer geworden ist.

---

Ort,

Datum

Unterschrift