



Bestätigung der Symptomfreiheit

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind

Klasse _____

- seit mindestens 24 Stunden keine Symptome einer Erkältungs- oder Magen-Darm-Erkrankung (z. B. Husten, Schnupfen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen) aufweist oder seit 24 Stunden nur Schnupfen hat. Wenn es Husten hatte, dann hat dieser sich bereits deutlich gebessert.
- an nicht corona-relevanten Symptomen litt (z.B. Zahnschmerzen, Menstruationsbeschwerden, etc.) und somit bereits frühzeitiger wieder die Schule besuchen darf.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten



Bestätigung der Symptomfreiheit

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind

Klasse _____

- seit mindestens 48 Stunden keine Symptome einer Erkältungs- oder Magen-Darm-Erkrankung (z. B. Husten, Schnupfen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen) aufweist oder seit 48 Stunden nur Schnupfen hat.
- an nicht corona-relevanten Symptomen litt (z.B. Zahnschmerzen, Menstruationsbeschwerden etc.) und somit bereits frühzeitiger wieder die Schule besuchen darf.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten