|  |  |
| --- | --- |
| Name des Schülers/der Schülerin: | |
| Klasse: |

**Erklärung**

Meine Tochter/mein Sohn zeigt Anzeichen von Schnupfen /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

* Ich habe mein Kind 24 Std. beobachtet. Es ist eine Besserung eingetreten und es sind keine weiteren Symptome, die auf eine COVID-19 Erkrankung schließen lassen, aufgetreten.
* Ich habe mit meinem Kind einen Arzt konsultiert, der den Besuch der Schule für unbedenklich erklärt hat.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Name des Unterzeichnenden in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift