



Schriftliche Bestätigung über die Symptommfreiheit

_____, Kl. _____
(Name des Kindes)

Mein Kind war vom _____.____. bis _____.____.2021 krank.

Ich bestätige, dass mein Kind bei **gutem Allgemeinzustand** und **frei von folgenden Symptomen** ist.

- **Fieber**
- **Husten**
- **Kurzatmigkeit, Luftnot**
- **Verlust des Geschmacks- und Geruchssinns**
- **Hals- oder Ohrenschmerzen**
- **(fiebriger) Schnupfen**
- **Gliederschmerzen**
- **starke Bauchschmerzen**
- **Erbrechen oder Durchfall**

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Ein negatives Testergebnis liegt vor.
- Mein Kind war seit Auftreten der Symptome 7 Tage nicht in der Schule.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r