

Selbsterklärung zur Gesundheit des Kindes

Zur Vorlage in der Kindertageseinrichtung / Schule

Personenberechtigte:

Name: _____ Vorname: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Geboren: _____

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass mein/unser Kind bei Wiedereintritt in die Kita/Schule gesund und seit 48 Stunden symptomfrei ist (bspw. Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Schüttelfrost, Fieber, Atemnot, Erbrechen, Durchfall).

Über weitere Details können Sie sich (nach Schweigepflichtentbindung) bei unserer Kinderärztinnen Frau Dr. Stojkovic und Frau Embach-Kratzsch informieren lassen (Telefonnummer 07222 23025).

Datum und Unterschrift der Personenberechtigten:

Telefon für Rückfragen:
