

## **Schriftliche Bestätigung über die Symptommfreiheit von mindestens 48 Stunden**

Mein Kind zeigt seit mindestens 48 Stunden keine der folgenden Symptome:

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Kind seit 48 Stunden symptomfrei (bis auf leichten Schnupfen und gelegentlichen Husten) ist.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Kl.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r