

Erklärung

Name des Kindes: _____

Klasse: _____

Hiermit bestätige ich, dass mein Sohn / meine Tochter derzeit die folgenden **leichten und nicht fortschreitenden Erkältungssymptome** hat:

- Schnupfen oder Husten mit allergischer Ursache (z.B. Heuschnupfen),
- verstopfte Nasenatmung (ohne Fieber),
- gelegentlicher Husten, Halskratzen oder Räuspern

Insbesondere bestätige ich, dass keines der folgenden Krankheitsbilder vorliegt:

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

Datum:

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten: