



Am Burgberg

Kirchstr. 27 41849 Wassenberg ☎ 02432/3521

---

## Erklärung zur Symptommfreiheit bei Kindern nach einer Erkrankung mit Krankheitssymptomen von COVID-19

Nachname des Kindes	
Vorname des Kindes	
Klasse	

### **Eigenerklärung Erziehungsberechtigte/r**

Hiermit bestätige(n) ich/wir, dass mein/unser Kind seit 24 Stunden symptomfrei ist

und entschuldige mein/ unser Kind von der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis

\_\_\_\_\_.

---

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r