

## **Selbsterklärung / Versicherung über Covid -19 – Symptomatik**

Hiermit versichern wir, dass unser Kind

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Zum Zeitpunkt des Schulbeginns am 12.08.2020 keine Covid-19-Symptomatik aufweist und aus keinem Risikogebiet (s. Robert Koch Institut) eingereist ist und sich unsere Familie nicht in häuslicher Quarantäne befindet.

Zu den Covid-19 typischen Symptomen zählen laut Robert-Koch-Institut:

Husten, Fieber, Pneumonie (Lungenentzündung), Abgeschlagenheit / Müdigkeit, Verlust des Geruchs- und Geschmacksinns, Kopf- und Gliederschmerzen, Halsschmerzen, Durchfall.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

