**EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG**

ÜBER DIE NICHTEXISTENZ VON SYMPTOMEN EINER VIRUSINFEKTION

**Vor- und Nachname *(des Kindes/Schülers/Studenten/Ausbildungsteilnehmers)***

…............................................................................................................................................................

**Geburtsdatum:** ...................................................................................................................................

**Hauptwohnsitz:** ....................................................................................................................................

Ich erkläre, dass sich beim oben genannten Kind/Schüler/Studenten/Ausbildungsteilnehmer keine Symptome einer Virusinfektion *(z. B. Fieber, Husten, Atemnot, plötzlicher Verlust des Geschmacks- und des Geruchssinns u. ä.)* äußern und sich in den letzten zwei Wochen nicht geäußert haben.

Ort: .......................................

Am ...................................

………………………………………………………………………………

Unterschrift eines volljährigen Schülers/Studenten/Ausbildungsteilnehmers

oder

Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters eines Minderjährigen