

Name des Schülers/der Schülerin: _____

Klasse: _____

Erklärung des volljährigen Schülers/der volljährigen Schülerin

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht die Schule betreten werde, sollte ich grippeähnliche Symptome wie beispielsweise Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen u. a. aufweisen.

Ich bin darüber informiert, dass die Schule verpflichtet ist, Schülerinnen und Schülern, die oben genannte Krankheitszeichen an sich feststellen, den Zutritt zur Schule zu verwehren.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Schülerin/Schüler: _____