



**NORBERTUSSCHULE**  
Städt. Gemeinschaftsgrundschule  
(Primarstufe)  
Arnsberg



Norbertusschule  
Klosterstraße 12  
59821 Arnsberg  
☎ 02931 / 22785  
📠 02931 / 22786  
norbertusschule@web.de

### Symptome einer COVID-19 Erkrankung / Wiedererscheinen nach Auftreten von Symptomen

Name des Kindes:	Klasse:
------------------	---------

Sehr geehrte Eltern,

Ihr Kind hat Krankheitssymptome entwickelt, die möglicherweise im Zusammenhang mit einer „COVID-19-Erkrankung“ stehen.

Bitte kreuzen Sie zutreffende Angaben an:

**Mein Kind hat / hatte folgende Symptome:**

\_\_\_\_\_ und **nach 24 Stunden sind keine weiteren Symptome** hinzugekommen.

folgende **chronische Beschwerden**, die (bereits vor längerer Zeit) ärztlich abgeklärt wurden:  
\_\_\_\_\_ **(Arztbescheinigung ist beigelegt.)**

Ich habe mein Kind telefonisch/persönlich bei einem Arzt vorgestellt. Nach Beratung durch den Arzt war **keine Testung** nötig. Ich bestätige hiermit, dass mein Kind seit mindestens 24 Stunden symptomfrei war **(Arztbescheinigung ist beigelegt.)**

Nach Beratung mit dem Arzt war **eine Testung nötig**. Mein Kind wurde am \_\_\_\_\_ auf eine mögliche COVID-19-Infektion getestet. Bis zur Vorlage des Testergebnisses hat mein Kind die Schule nicht betreten. Das Testergebnis war negativ und mein Kind war mindestens 24 Stunden symptomfrei **(Testergebnis ist beigelegt.)**

**Hiermit bestätige ich, dass die oben gemachten Aussagen korrekt sind.**

Datum: _____	Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten: _____
--------------	--