

**Sentinel Netzwerk Kanton Solothurn**

**Krankheitsabsenz von Schülerinnen und Schülern**

---

Bitte geben Sie an, mit welchen Symptomen Ihr Kind entweder zu Hause oder in der Schule war und schicken Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail direkt an Ihre Schulleitung.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen und Ihre Teilnahme!



Mein Kind war mit folgenden Symptomen (bitte alles Zutreffende ankreuzen):

in der Schule

zu Hause

Datum \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_

Geburtsjahr \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich

weiblich

Symptome:

- Fieber
- Schüttelfrost
- Gliederschmerzen
- Verlust des Geschmacksinnes
- Verlust des Geruchsinnes
- Müdigkeitsgefühl
- Husten
- Schnupfen
- Durchfall
- Halsschmerzen
- Kopfschmerzen
- Atembeschwerden
- andere
- keines dieser Symptome