

Schriftliche Bestätigung über die Symptommfreiheit von mindestens 48 Stunden

Name des Kindes: _____ Klasse: _____

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind seit 48 Stunden symptomfrei (bis auf leichten Schnupfen und gelegentlichen Husten) ist.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r