
Schriftliche Bestätigung über die Symptommfreiheit von mindestens 48 Stunden

Betreffend: _____

Klasse: _____

- Name des Kindes -

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

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r