

Formular: **Schriftliche Bestätigung über die Symptomfreiheit von mindestens 48 Stunden**

Betreffend: _____
(Name des Kindes) (Klasse)

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

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r