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