



Formular: Schriftliche Bestätigung über die Symptommfreiheit von mindestens 48 Stunden

Schüler*in: _____
(Nachname, Vorname)

Klasse: _____

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

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

