Formular: Schriftliche Bestätigung über die Symptomfreiheit von mindestens 48 Stunden

Betreffend: _____

(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