

Bestätigung nach Krankheit

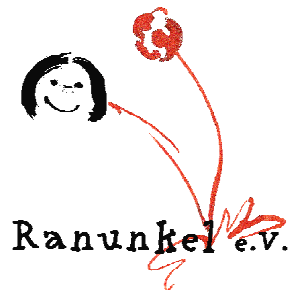
Hiermit bestätige ich, dass mein Sohn / meine Tochter,

_____ seit mindestens 48 Stunden frei von
Name des Kindes

Symptomen wie Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Fieber, Durchfall und
Erbrechen ist.

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Bestätigung nach Fieber



Mein Sohn/ meine Tochter _____
Name des Kindes

wurde mit einer Fiebersymptomatik bei einem Kinderarzt / Arzt
vorgestellt.

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Stempel und Unterschrift des Arztes