

**Formular: Schriftliche Bestätigung über die Symptommfreiheit 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