

Empfänger:
Maximilian-von-Welsch Schule, Staatliche Realschule Kronach I
Gabelsbergerstr. 4
96317 Kronach

Schriftliche Bestätigung über die Symptomfreiheit von mindestens 48 Stunden

Betreffend: _____

(Name und Klasse des Kindes)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Kind seit 48 Stunden im Hinblick auf Atemwegs-/Erkältungsanzeichen symptom- und fieberfrei (bis auf leichten Schnupfen und gelegentlichen Husten) ist.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r