

## Schriftliche Bestätigung über die Symptommfreiheit von mindestens 48 Stunden

Betreffend: \_\_\_\_\_  
(Name des Schülers/der Schülerin)

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schüler/in bzw.  
Erziehungsberechtigte/r