

Bestätigung über die Symptommfreiheit bei Erkältungskrankheiten von mindestens 48 Stunden

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich seit mindestens 48 Stunden symptomfrei bin.

Name: _____

Klasse: _____

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Unterschrift volljährige(r) Schüler(in)