

Bestätigung

Hiermit bestätige ich _____, dass
ich mit meinem Kind _____ zur Abklärung der
Krankheitssymptome beim Arzt war.

Name und Anschrift des Arztes: _____

Datum des Arztbesuches: _____

Ich bestätige des Weiteren, dass der Arzt/die Ärztin mir mitteilte, dass
mein Kind ohne Einschränkungen den Kindergarten wieder besuchen
darf.

Es liegen zurzeit keine Anhaltspunkte über eine Infektionskrankheit
nach dem Infektionsschutzgesetz vor.

Datum

Unterschrift eines Personensorgeberechtigten