



08722-944520

08722-944524

info@vsgangkofen.de

www.vsgangkofen.de

Waisenhausstraße 25

84140 Gangkofen

Formular: Schriftliche Bestätigung über die Symptombfreiheit von mindestens 48 Stunden

Betreffend: _____ Klasse: _____
(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