

GOTTHOLD-EPHRAIM-LESSING-MITTELSCHULE

MITTELSCHULE MIT GANZTAG UND PROFIL INKLUSION



LESSINGSTR. 50, 85055 INGOLSTADT, TELEFON 0841 305 40800
E-MAIL: verwaltung@ms-lessing.ingolstadt.de

Schriftliche Bestätigung über die Symptommfreiheit von mindestens 48 Stunden

Name des Kindes: _____ Klasse _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass mein Kind **seit 48 Stunden keine Symptome** (bis auf leichten Schnupfen und gelegentlichen Husten) **und kein Fieber hat**.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

✂-----

GOTTHOLD-EPHRAIM-LESSING-MITTELSCHULE

MITTELSCHULE MIT GANZTAG UND PROFIL INKLUSION



LESSINGSTR. 50, 85055 INGOLSTADT, TELEFON 0841 305 40800
E-MAIL: verwaltung@ms-lessing.ingolstadt.de

Schriftliche Bestätigung über die Symptommfreiheit von mindestens 48 Stunden

Name des Kindes: _____ Klasse _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass mein Kind **seit 48 Stunden keine Symptome** (bis auf leichten Schnupfen und gelegentlichen Husten) **und kein Fieber hat**.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten