

Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen
(Bestätigung entsprechend § 34 IfSG)

Bei meinem Kind _____

ist nach Aussage der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes:

_____ vom: _____
Name der Ärztin/ des Arztes Datum

eine Weiterverbreitung folgender Erkrankung:

nicht mehr zu befürchten.

_____ Datum

_____ Unterschrift des/der Sorgeberechtigten