

## Bestätigung zur Wiedezulassung nach einer Krankheit

Nach der Empfehlung für die Wiedezulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen im Freistaat Sachsen bestätige ich/wir, dass mein/unser Kind

..... geb.: .....

klinisch gesund ist und ab sofort die Kindertageseinrichtung wieder besuchen darf.

Mir/Uns ist bekannt, dass bei erneutem Auftreten von Krankheitssymptomen mein/unser Kind die Einrichtung nicht weiter besuchen darf und eine erneute Konsultation beim Arzt erforderlich ist.

Krankheit/Diagnose:

.....  
.....  
.....

behandelnder Arzt (Name und Anschrift):

.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte/r 1

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte/r 2

erstellt		gültig	überarbeitet	Seite 1   1
14.09.2020	FA, KS	01.10.2020	01.10.2024	