

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 | |