



Grundschule an der Sutt

Kronenstr. 3 – 87435 Kempten
Tel.: 0831/ 54009-0 Fax: 0831/ 54009-22
Mail: suttschule@kempten.de
www.suttschule.de

Formular: Schulbesuch nach Auftreten von Erkältungs- bzw. respiratorischen Symptomen

_____ Name der Schüler*in

Mein Kind besucht die Klasse _____

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind sich in gutem Allgemeinzustand befindet und seit mindestens 24 Stunden fieberfrei und symptomfrei ist.

Das entsprechende Attest/ die negative Covid-19-Testbescheinigung habe ich beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte

Rücklauf bitte direkt an die Klassenlehrerin



Grundschule an der Sutt

Kronenstr. 3 – 87435 Kempten
Tel.: 0831/ 54009-0 Fax: 0831/ 54009-22
Mail: suttschule@kempten.de
www.suttschule.de

Formular: Schulbesuch nach Auftreten von Erkältungs- bzw. respiratorischen Symptomen

_____ Name der Schüler*in

Mein Kind besucht die Klasse _____

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind sich in gutem Allgemeinzustand befindet und seit mindestens 24 Stunden fieberfrei und symptomfrei ist.

Das entsprechende Attest/ die negative Covid-19-Testbescheinigung habe ich beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte

Rücklauf bitte direkt an die Klassenlehrerin