



Transparenzerklärung

..... hat am
in der Schule folgende Krankheitssymptome
gezeigt:

- Husten
- Halsschmerzen
- Fieber
- starker Schnupfen

Hiermit bestätigen wir als Eltern, dass unser
Kind nach Rücksprache mit dem Kinderarzt
trotz den vorhandenen Symptomen den Unter-
richt besuchen kann.

Wir sind damit einverstanden, dass die Schule
diesbezüglich mit dem Kinderarzt Kontakt
aufnehmen kann:

Kinderarzt:

Telefon:

Datum:

Unterschrift Eltern: