

Grundschule Thiersheim

Bestätigung der Erziehungsberechtigten

Wiederaufnahme des Schulbesuches nach Abwesenheit

Name des Kindes:

Klasse des Kindes:

Anzahl der Fehltage

1. Tag der
Wiederaufnahme des
Schulbesuches (Datum):

_____._____.2020

Bestätigung der Eltern

Bitte ankreuzen:

Unser Kind zeigte keine Krankheitssymptome, die mit einer COVID 19 Infektion in Verbindung gebracht werden könnten.

*Diese Zeile nur
ausfüllen, falls das Kind
3 Tage und mehr gefehlt
hat*

*Der Arzt signalisierte uns im Gespräch,
dass die Krankheit unseres Kindes mit großer
Wahrscheinlichkeit nicht in Verbindung zu
COVID 19 steht.*

Datum: _____

Unterschrift der Eltern: _____

Grundschule Thiersheim

Hier können Sie zusätzliche Informationen vermerken. Falls eingeholt kleben Sie hier bitte das Attest oder den positiven Testbescheid auf.

(Klebefläche)