

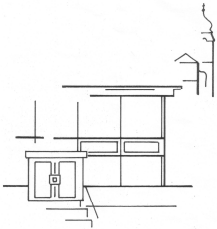
St. Felix Schule
Sonderpädagogisches Förderzentrum Neustadt a. d. Waldnaab
Josef-Blau-Straße 8 92660 Neustadt a. d. Waldnaab
Tel. 09602 / 91670 Fax: 09602 / 91672 E-Mail: poststelle@sfz-neustadt.de
www.sfz-neustadt.de

.....
Name des Kindes Klasse Datum der ersten Krankheitssymptome

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Kind seit 48 Stunden (2 Tagen) ohne Symptome (bis auf leichten Schnupfen und gelegentlichen Husten) ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Erziehungsberechtigten



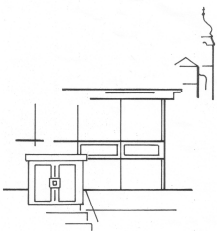
St. Felix Schule
Sonderpädagogisches Förderzentrum Neustadt a. d. Waldnaab
Josef-Blau-Straße 8 92660 Neustadt a. d. Waldnaab
Tel. 09602 / 91670 Fax: 09602 / 91672 E-Mail: poststelle@sfz-neustadt.de
www.sfz-neustadt.de

.....
Name des Kindes Klasse Datum der ersten Krankheitssymptome

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Kind seit 48 Stunden (2 Tagen) ohne Symptome (bis auf leichten Schnupfen und gelegentlichen Husten) ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Erziehungsberechtigten



St. Felix Schule
Sonderpädagogisches Förderzentrum Neustadt a. d. Waldnaab
Josef-Blau-Straße 8 92660 Neustadt a. d. Waldnaab
Tel. 09602 / 91670 Fax: 09602 / 91672 E-Mail: poststelle@sfz-neustadt.de
www.sfz-neustadt.de

.....
Name des Kindes Klasse Datum der ersten Krankheitssymptome

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein Kind seit 48 Stunden (2 Tagen) ohne Symptome (bis auf leichten Schnupfen und gelegentlichen Husten) ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Erziehungsberechtigten