

**Bitte nach Abklärung der Symptome ausfüllen und Ihrem Kind mit in die Kindertagesstätte geben!**

Hiermit bestätige ich die Durchführung des Selbsttestes zu Hause oder die ärztliche Abklärung für meinen Sohn/meine Tochter

Name: \_\_\_\_\_

Gruppe: \_\_\_\_\_

**Der Test ist negativ.**

**Ärztliche Abklärung**

**Ein ärztliches Attest ist nicht vorzulegen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines oder einer Sorgeberechtigten

---

**Bitte nach Abklärung der Symptome ausfüllen und Ihrem Kind mit in die Kindertagesstätte geben!**

Hiermit bestätige ich die Durchführung des Selbsttestes zu Hause oder die ärztliche Abklärung für meinen Sohn/meine Tochter

Name: \_\_\_\_\_

Gruppe: \_\_\_\_\_

**Der Test ist negativ**

**Ärztliche Abklärung**

**Ein ärztliches Attest ist nicht vorzulegen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines oder einer Sorgeberechtigten

---

**Bitte nach Abklärung der Symptome ausfüllen und Ihrem Kind mit in die Kindertagesstätte geben!**

Hiermit bestätige ich die Durchführung des Selbsttestes zu Hause oder die ärztliche Abklärung für meinen Sohn/meine Tochter

Name: \_\_\_\_\_

Gruppe: \_\_\_\_\_

**Der Test ist negativ**

**Ärztliche Abklärung**

**Ein ärztliches Attest ist nicht vorzulegen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines oder einer Sorgeberechtigten