



Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass meine Tochter / mein Sohn

.....
(Name, Vorname)

.....
(Klasse)

am/vom bis erkrankt war.

Datum:

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten:

Dauert die Krankheit länger als drei Tage, benötigen wir ein ärztliches Attest ab dem 4. Krankheitstag!



Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass meine Tochter / mein Sohn

.....
(Name, Vorname)

.....
(Klasse)

am/vom bis erkrankt war.

Datum:

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten:

Dauert die Krankheit länger als drei Tage, benötigen wir ein ärztliches Attest ab dem 4. Krankheitstag!