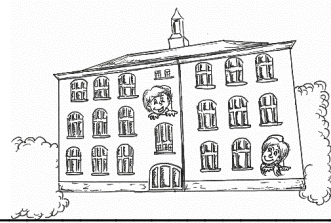


Diesterwegschule

Gemeinschaftsgrundschule der Stadt Siegen



Rosterstr. 41 57074 Siegen Tel.: 0271/332427 E-Mail: 134910@schule.nrw.de OGS: 0271/30381671

Eigenerklärung zur Symptommfreiheit bei Kindern nach einem Schnupfen ohne weitere Symptome

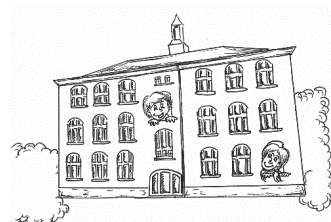
Hiermit bestätige/n ich/wir, dass mein/unser Kind (Vorname, Name) _____
seit 24 Stunden symptomfrei ist.

Siegen, den _____

(Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)

Diesterwegschule

Gemeinschaftsgrundschule der Stadt Siegen



Rosterstr. 41 57074 Siegen Tel.: 0271/332427 E-Mail: 134910@schule.nrw.de OGS: 0271/30381671

Eigenerklärung zur Symptommfreiheit bei Kindern nach einem Schnupfen ohne weitere Symptome

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass mein/unser Kind (Vorname, Name) _____
seit 24 Stunden symptomfrei ist.

Siegen, den _____

(Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)