**Bestätigung nach einer Infektionskrankheit**

Mein Kind: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kl. \_\_\_\_\_

hatte folgende Infektionskrankheit:

 Keuchhusten

 Masern

 Mumps

 Röteln

 Scharlach

 Windpocken

 Läuse

 Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestätigung von den Eltern:

 Mein Kind wurde behandelt.

 Mein Kind weist keine Krankheitssyptome mehr auf.

 Mein Kind wurde vom Arzt als nicht mehr ansteckend

diagnotiziert.

Sulzbach, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Unterschrift der Erziehungsberechtigten