**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