

## Wiederzulassung in Gemeinschaftseinrichtungen

(Bestätigung entsprechend § 34 IfSG)

Bei meinem Kind \_\_\_\_\_

ist nach Aussage der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes:

\_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

Name der Ärztin/ des Arztes Datum

eine Weiterverbreitung folgender Erkrankung:

\_\_\_\_\_

nicht mehr zu befürchten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes und Stempel