



Schriftliche Bestätigung über die **Symptomfreiheit** von mindestens 48 Stunden

Name der Schülerin/des Schülers

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass oben bezeichnete Person seit 48 Stunden symptomfrei (bis auf leichten Schnupfen und gelegentlichen Husten) ist.

München, _____

Unterschrift volljährige Schülerin/volljähriger Schüler