**Gesundmeldung eines Kindes** (Bitte sorgfältig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mein/unser Kind |  |  |  |
|  | Name, Vorname des Kindes |  | Geburtsdatum |
| war am/vom |  | bis |  |  |
|  |
| an |  | erkrankt. |
|  | Bezeichnung der Erkrankung/Symptome |  |
|  |
|  | Nach ärztlichem Urteil vom |  | durch den behandelnden Arzt/ |
|  |
|  | die behandelnde Ärztin |
|  |  |
|  | Name und Anschrift des Arztes |
|  |  |
|  | darf mein/unser Kind die Kindertageseinrichtung ab |  | wieder |
|  | besuchen. |
|  |  |
|  | Ich/wir bestätige/bestätigen, dass mein/unser Kind seit 48 Stunden ohne  |
|  | Medikamentengabe fieberfrei und symptomfrei (kein Durchfall, kein Erbrechen u.ä.) ist und die Kindertageseinrichtung |
|  |  |
|  | ab |  | wieder besuchen kann. |
|  |
| Name, Vorname des Personensorgeberechtigten: |  |
|  |
|  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift des Personensorgeberechtigten |