**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 | | | | | | | |