

**Elterninitiative Kindergarten
Helfenstein e.V.**

An den Weiden 32
41472 Neuss
Tel: (02182) 9305
Fax: (02182) 574782



Wiedenzulassung nach Durchfall/ Erbrechen und/ oder Fieber

Hiermit bestätige ich

Name des Personenberechtigten

Folgendes Kind, ist seit mindestens 48 St., frei ist von den oben Aufgeführten Symptomen:

Name des Kindes

Datum Unterschrift des Personenberechtigten

Folgende Fachkraft hat dieses Formular entgegen genommen:

Datum Unterschrift der päda. Fachkraft

