**Bescheinigung des Kinderarztes freier Wahl/des Arztes für Allgemeinmedizin die Wiederaufnahme in die Schulgemeinschaft nach einer Abwesenheit von mehr als 3 Tagen aus gesundheitlichen Gründen**

Hiermit wird bestätigt, dass der/die Schüler\*in ...................................................................................................................................................

abwesend von der Schule

vom ..................................... bis .....................................

ab dem ............................................... wieder in die Schule zurückkehren kann, da die diagnostisch-therapeutischen und präventiven Maßnahmen für Covid-19, wie von den Bestimmungen auf Staats- und Landesebene vorgesehen, vorgenommen wurden.

Ort und Datum ...................................... Unterschrift ........................................................

 (Unterschrift und Stempel des Arztes)