

## Ärztliches Attest

zur Befreiung von der Präsenzplicht

|               |              |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift     | Klasse       |

Im Falle einer Covid-19 Erkrankung (SARS-CoV-2) ist für den\*die oben genannte\*n Schüler\*in oder eine mit ihm\*ihr in häuslicher Gemeinschaft lebenden Person mit einem besonders schweren Krankheitsverlauf zu rechnen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Name des\*der Arztes\*Ärztin  
in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Unterschrift + Stempel: \_\_\_\_\_