

## **Schriftliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit**

Evangelische Kindertageseinrichtung und Familienzentrum

Rote Schule

An den Schulgärten 2

35398 Gießen

---

Vorname, Name

---

Anschrift

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin arbeitsunfähig erkrankt.

Die folgende Dauer wurde ärztlich festgestellt:

**arbeitsunfähig seit:**

\_\_\_\_\_

**voraussichtlich arbeitsunfähig bis  
einschließlich oder letzter Tag  
der Arbeitsunfähigkeit:**

\_\_\_\_\_

**ärztlich festgestellt am:**

\_\_\_\_\_

---

Datum, Unterschrift