Bestätigung der Durchführung des Tests vor Unterrichtsbeginn im Rahmen der verpflichtenden Antigen-Selbsttestung

Hiermit bestätige ich durch Unterschrift, dass meine Tochter/ mein Sohn

_____ Klasse: _____

Name der Schülerin/ des Schülers

an dem jeweils in der ersten Spalte angegebenen Datum getestet wurde und der Test ein negatives Ergebnis ergeben hat:

Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigter	Kenntnisnahme Lehrkraft

Hiermit bestätige ich durch Unterschrift, dass meine Tochter/ mein Sohn

☐ vollständig geimpft ist.

☐ bereits an Corona erkrankt war und wieder genesen ist.

Die Testpflicht entfällt damit.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r