

Name der Schülerin bzw. des Schülers: _____ **Klasse:** _____

Hiermit bestätige ich, dass für die oben genannte Person heute Morgen eine Selbsttestung durchgeführt wurde und ein negatives Testergebnis vorliegt.

Bei einem positiven Testergebnis bleibt der Schüler/ die Schülerin zuhause. Die Schule wird informiert. Die Erziehungsberechtigten nehmen unverzüglich zur Überprüfung des Ergebnisses Kontakt zu einer Arztpraxis oder einem Testzentrum auf.

Name des / der Erziehungsberechtigten in Druckbuchstaben: _____

Datum: _____ Unterschrift d. Erziehungsberechtigten: _____

Name der Schülerin bzw. des Schülers: _____ **Klasse:** _____

Hiermit bestätige ich, dass für die oben genannte Person heute Morgen eine Selbsttestung durchgeführt wurde und ein negatives Testergebnis vorliegt.

Bei einem positiven Testergebnis bleibt der Schüler/ die Schülerin zuhause. Die Schule wird informiert. Die Erziehungsberechtigten nehmen unverzüglich zur Überprüfung des Ergebnisses Kontakt zu einer Arztpraxis oder einem Testzentrum auf.

Name des / der Erziehungsberechtigten in Druckbuchstaben: _____

Datum: _____ Unterschrift d. Erziehungsberechtigten: _____

Name der Schülerin bzw. des Schülers: _____ **Klasse:** _____

Hiermit bestätige ich, dass für die oben genannte Person heute Morgen eine Selbsttestung durchgeführt wurde und ein negatives Testergebnis vorliegt.

Bei einem positiven Testergebnis bleibt der Schüler/ die Schülerin zuhause. Die Schule wird informiert. Die Erziehungsberechtigten nehmen unverzüglich zur Überprüfung des Ergebnisses Kontakt zu einer Arztpraxis oder einem Testzentrum auf.

Name des / der Erziehungsberechtigten in Druckbuchstaben: _____

Datum: _____ Unterschrift d. Erziehungsberechtigten: _____

Name der Schülerin bzw. des Schülers: _____ **Klasse:** _____

Hiermit bestätige ich, dass für die oben genannte Person heute Morgen eine Selbsttestung durchgeführt wurde und ein negatives Testergebnis vorliegt.

Bei einem positiven Testergebnis bleibt der Schüler/ die Schülerin zuhause. Die Schule wird informiert. Die Erziehungsberechtigten nehmen unverzüglich zur Überprüfung des Ergebnisses Kontakt zu einer Arztpraxis oder einem Testzentrum auf.

Name des / der Erziehungsberechtigten in Druckbuchstaben: _____

Datum: _____ Unterschrift d. Erziehungsberechtigten: _____