

# Nachweis der Durchführung von Antigen-Selbsttests

Name der Schülerin / des Schülers:

\_\_\_\_\_

Name der /des Sorgeberechtigten:

\_\_\_\_\_

*(bei volljährigen Schüler:innen nicht notwendig)*

Klasse/Jahrgang: \_\_\_\_\_

**Es besteht keine Testpflicht**

- Impfnachweis wurde vorgelegt.
- Genesenennachweis wurde vorgelegt.

\_\_\_\_\_  
*Datum, Unterschrift Klassenlehrkraft*

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass der Antigen-Selbsttest gemäß der Anleitung bei Ihrem Kind durchgeführt wurde und ein negatives Testergebnis vorlag. Das Ergebnis ist 24 Stunden gültig. Ohne negatives Testergebnis ist das Betreten der Schule nicht gestattet.

Woche	Datum der Testdurchführung	Unterschrift der/des Sorgeberechtigten bzw. des volljährigen Schülers
35	Do., 02.09.21	
35	Fr., 03.09.21	
36	Mo., 06.09.21	
36	Di., 07.09.21	
36	Mi., 08.09.21	
36	Do., 09.09.21	
36	Fr. 10.09.21	
37	Mo., 13.09.21	
37	Mi., 15.09.21	
37	Fr. 17.09.21	
38	Mo., 20.09.21	
38	Mi., 22.09.21	
38	Fr., 24.09.21	
39	Mo., 27.09.21	
39	Mi., 29.09.21	
39	Fr., 01.10.21	
40	Mo., 04.10.21	
40	Mi., 06.10.21	
40	Fr., 08.10.21	
41	Mo., 11.10.21	
41	Mi., 13.10.21	
41	Fr., 15.10.21	