

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 und ist gültig bis: _____

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. der/des volljährigen Schülerin / Schülers
44	Mo., 01.11.21	
44	Di., 02.11.21	
44	Mi., 03.11.21	
44	Do., 04.11.21	
44	Fr. 05.11.21	
45	Mo., 08.11.21	
45	Mi., 10.11.21	
45	Fr. 12.11.21	
46	Mo., 15.11.21	
46	Mi., 17.11.21	
46	Fr., 19.11.21	
47	Mo., 22.11.21	
47	Mi., 24.11.21	
47	Fr., 26.11.21	
48	Mo., 29.11.21	
48	Mi., 01.12.21	
48	Fr., 03.12.21	
49	Mo., 06.12.21	
49	Mi., 08.12.21	
49	Fr., 10.12.21	
50	Mo., 13.12.21	
50	Mi., 15.12.21	
50	Fr., 17.12.21	
51	Mo., 20.12.21	
51	Mi., 22.12.21	