

Bestätigung der Durchführung einer Selbsttestung - MONTAG

Sie bestätigen hiermit:

1. Die ordnungsgemäße Durchführung der Testung mit einem **negativen Testergebnis**.
2. Die nachweisliche Kenntnisnahme darüber, dass im Fall eines positiven Ergebnisses
 - a. umgehend Kontakt mit dem Gesundheitsamt und mit der Schule aufzunehmen ist und
 - b. ein Betretungsverbot im Präsenzunterricht für die Schulen besteht.

Bitte füllen Sie diese Bestätigung aus und geben sie ihrem Kind diese unterschrieben mit in die Schule.

Name der Schülerin bzw. des Schülers:	_____
Klasse/ Jahrgang:	_____
Datum des durchgeführten Selbsttests	Montag , den _____

Unterschrift Eltern/ Erziehungsberechtigte

Bestätigung der Durchführung einer Selbsttestung - MITTWOCH

Sie bestätigen hiermit:

1. Die ordnungsgemäße Durchführung der Testung mit einem **negativen Testergebnis**.
2. Die nachweisliche Kenntnisnahme darüber, dass im Fall eines positiven Ergebnisses
 - a. umgehend Kontakt mit dem Gesundheitsamt und mit der Schule aufzunehmen ist und
 - b. ein Betretungsverbot im Präsenzunterricht für die Schulen besteht.

Bitte füllen Sie diese Bestätigung aus und geben sie ihrem Kind diese unterschrieben mit in die Schule.

Name der Schülerin bzw. des Schülers:	_____
Klasse/ Jahrgang:	_____
Datum des durchgeführten Selbsttests	Mittwoch , den _____

Unterschrift Eltern/ Erziehungsberechtigte