

Name, Vorname SchülerIn _____

Klasse _____

Testtag _____ Wochentag _____ Datum _____

Ich bestätige, dass der Antigen-Selbsttest am heutigen Tag vor Unterrichtsbeginn sachgerecht durchgeführt wurde und zu einem negativen Testergebnis geführt hat.

Ort, Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

Unterschrift volljährigeR SchülerIn _____