

Name des Kindes: _____ Klasse: _____



Bescheinigung über die Durchführung der Selbsttestung im schulischen Bereich

Der Test wird am Montagmorgen und Donnerstagmorgen von Ihrer Tochter/Ihrem Sohn durchgeführt. Sollte Ihr Kind an den Testtagen krank sein, führt es den Test an dem Morgen in der Schule durch, an dem es wieder zur Schule gehen kann.

Bei einem positiven Ergebnis kann Ihre Tochter/Ihr Sohn nicht mehr am Unterricht teilnehmen. Bitte lassen Sie umgehend einen PCR-Test beim Arzt, bei Corona-Schwerpunktpraxen oder bei einem Corona-Testzentrum durchführen. Ihr Kind darf die Schule erst wieder besuchen, wenn das PCR-Ergebnis da ist.

Woche von – bis	Durchführung Test am Montagmorgen	Unterschrift Schule	Durchführung Test am Donnerstagmorgen	Unterschrift Schule
	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:
	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:
	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:
	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:
	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift: