

# Gruppe B

## Bestätigung negativer Testergebnisse

für die Wochen vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 2021

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass meine Tochter/mein Sohn heute am **Dienstag**, \_\_\_\_\_ 2021 einen SARS-COV-2 Antigen Schnelltest durchgeführt hat. Das Ergebnis des Tests war negativ.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Hiermit bestätige ich, dass meine Tochter/mein Sohn heute am **Donnerstag**, \_\_\_\_\_ 2021 einen SARS-COV-2 Antigen Schnelltest durchgeführt hat. Das Ergebnis des Tests war negativ.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Hiermit bestätige ich, dass meine Tochter/mein Sohn heute am **Dienstag**, \_\_\_\_\_ 2021 einen SARS-COV-2 Antigen Schnelltest durchgeführt hat. Das Ergebnis des Tests war negativ.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Hiermit bestätige ich, dass meine Tochter/mein Sohn heute am **Donnerstag**, \_\_\_\_\_ 2021 einen SARS-COV-2 Antigen Schnelltest durchgeführt hat. Das Ergebnis des Tests war negativ.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Hiermit bestätige ich, dass meine Tochter/mein Sohn heute am **Dienstag**, \_\_\_\_\_ 2021 einen SARS-COV-2 Antigen Schnelltest durchgeführt hat. Das Ergebnis des Tests war negativ.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Hiermit bestätige ich, dass meine Tochter/mein Sohn heute am **Donnerstag**, \_\_\_\_\_ 2021 einen SARS-COV-2 Antigen Schnelltest durchgeführt hat. Das Ergebnis des Tests war negativ.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten