

Gruppe A

Bestätigung negativer Testergebnisse

für die Wochen vom _____ bis _____ 2021

Name des Kindes: _____ Klasse _____

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

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten