Bestätigung durchgeführter Antigen-Selbsttests

Schülerinnen und Schüler

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Hiermit versichern wir / versichere ich, _____ ,
(Name mind. eines Sorgeberechtigten bzw. der vollj. Schülerin / des vollj. Schülers)

dass mein(e) Sohn / unser(e) Tochter / ich jeweils am unten angegebenen Tag vor Unterrichtsbeginn zu Hause den von der Schule ausgegebenen Antigen-Selbsttest gemäß Anweisung durchgeführt hat / habe. Das Testergebnis war negativ.

Im Falle eines positiven Testergebnisses wird das Gymnasium Neustadt umgehend von uns / mir hierüber informiert.

_____
(Unterschrift eines Sorgeberechtigten bzw. der vollj. Schülerin / des vollj. Schülers)

Diese Erklärung ist zu Beginn der ersten Unterrichtsstunde an jedem Testtag mit jeweils passendem Datum und unterschrieben der Lehrkraft vorzulegen.

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift