

Name: _____

Klasse: _____

Bestätigung einer negativen Testung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass der **verpflichtende Antigen-Selbsttest** zu Hause zum angegebenen Datum **durchgeführt** wurde und ein **negatives Testergebnis** vorliegt.

Kalender- woche	Test 1 (Montag)		Test 2 (Mittwoch)		Test 3 (Freitag)	
	Unterschrift eines Erziehungsberechtigten		Unterschrift eines Erziehungsberechtigten		Unterschrift eines Erziehungsberechtigten	
37	13.09.21		15.09.21		17.09.21	
38	20.09.21		22.09.21		23.09.21	
39	27.09.21		29.09.21		01.10.21	
40	04.10.21		06.10.21		08.10.21	
41	11.10.21		13.10.21		15.10.21	
Herbstferien						
44	01.11.21		03.11.21		05.11.21	
45	08.11.21		10.11.21		12.10.21	
46	15.11.21		17.11.21		19.11.21	
47	22.11.21		24.11.21		26.11.21	
48	29.11.21		01.12.21		03.12.21	
49	06.12.21		08.12.21		10.12.21	
50	13.12.21		15.12.21		17.12.21	
51	20.12.21		22.12.21		Weihnachtsferien	