

Name: _____

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.

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten		
Montag	10.01.22	
Dienstag	11.01.22	
Mittwoch	12.01.22	
Donnerstag	13.01.22	
Freitag	14.01.22	

Kalender- woche	Test 1 (Montag)		Test 2 (Mittwoch)		Test 3 (Freitag)	
	Unterschrift des Erziehungsberechtigten		Unterschrift des Erziehungsberechtigten		Unterschrift des Erziehungsberechtigten	
03	17.01.22		19.01.22		21.01.22	
04	24.01.22		26.01.22		28.01.22	
05	Winter- ferien		02.02.22		04.02.22	
06	07.02.22		09.02.22		11.02.22	
07	14.02.22		16.02.22		18.02.22	
08	21.02.22		23.02.22		25.02.22	
09	28.02.22		02.03.22		04.03.22	
10	07.03.22		09.03.22		11.03.22	
11	14.03.22		16.03.22		18.03.22	
12	21.03.22		23.03.22		25.03.22	
13	28.03.22		30.03.22		01.04.22	