

**Nachweis über einen heute durchgeführten Antigen-Selbsttest mit negativem Ergebnis**

Name der Schülerin/des Schülers: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Wochentag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Datum (bitte eintragen):					

Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

---

**Nachweis über einen heute durchgeführten Antigen-Selbsttest mit negativem Ergebnis**

Name der Schülerin/des Schülers: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Wochentag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Datum (bitte eintragen):					

Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

---

**Nachweis über einen heute durchgeführten Antigen-Selbsttest mit negativem Ergebnis**

Name der Schülerin/des Schülers: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Wochentag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Datum (bitte eintragen):					

Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

---

**Nachweis über einen heute durchgeführten Antigen-Selbsttest mit negativem Ergebnis**

Name der Schülerin/des Schülers: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Wochentag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Datum (bitte eintragen):					

Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_