

Formular III

**Bestätigung des Testergebnisses**  
der verpflichtenden Antigen-Selbsttestung zu Hause

**Gruppe A**

**Schülerin/Schüler:**

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Klasse:
Anschrift:	
Telefonnummer:	E-Mail (freiwillig):

**Testnachweis:**

Datum der Testung	negativ	Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten / volljährige Schülerin/ volljähriger Schüler
19.04.2021		
21.04.2021		
03.05.2021		
05.05.2021		
17.05.2021		
19.05.2021		

**Die „Information für Eltern“ zu der „Verpflichtenden Antigen-Selbsttestung zu Hause“ habe ich / haben wir zur Kenntnis genommen und verfahren dementsprechend.**

**Bei einem positiven SARS-CoV-2 Nachweis muss umgehend die Schule benachrichtigt werden. Zur Überprüfung des Ergebnisses muss Kontakt zu einem Arzt oder einem Testzentrum aufgenommen werden. Bis zur endgültigen Klärung durch einen PCR-Test darf die Wohnung nicht verlassen (Ausnahme: Besuch des Arztes bzw. Testzentrums) und auch kein Besuch von Personen aus anderen Haushalten empfangen werden.**

**Dieses Formular wird von der Schülerin/dem Schüler immer mitgeführt!**

**19.04.2021**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten /  
Unterschrift volljährige Schülerin/volljähriger Schüler