

Formular III

Bestätigung des Testergebnisses
der verpflichtenden Antigen-Selbsttestung zu Hause

Gruppe B

Schülerin/Schüler:

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

Testnachweis:

Datum der Testung	negativ	Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten / volljährige Schülerin/ volljähriger Schüler
13.04.2021		
15.04.2021		
26.04.2021		
28.04.2021		
10.05.2021		
12.05.2021		
26.05.2021		

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!

13.04.2021

Datum

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