

Nachweis über die verpflichtenden Selbsttests

Name des Kindes: _____

Klasse: _____ Gruppe: _____

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass wir unseren Sohn/unsere Tochter an folgenden Tagen **vor dem Präsenzunterricht getestet** habe/n und das **Testergebnis negativ** war.

(Es wird zwei Mal pro Woche vor dem Präsenzunterricht getestet: Mo+Mi oder Di+Do, freitags wird nicht getestet.)

Gruppe / Datum	Unterschrift eines Erziehungsberechtigten	Test in die Schule mitgebracht (√ Lehrkraft)
Gruppe B Mo 12.04.21		
Gruppe A Di 13.04.21		
Gruppe B Mi 14.04.21		
Gruppe A Do 15.04.21		
Gruppe A Mo 19.04.21		
Gruppe B Di 20.04.21		
Gruppe A Mi 21.04.21		
Gruppe B Do 22.04.21		
Gruppe B Mo 26.04.21		
Gruppe A Di 27.04.21		
Gruppe B Mi 28.04.21		
Gruppe A Do 29.04.21		
Gruppe A Mo 03.05.21		
Gruppe B Di 04.05.21		
Gruppe A Mi 05.05.21		
Gruppe B Do 06.05.21		
Gruppe B Mo 10.05.21		
Gruppe A Di 11.05.21		
Gruppe B Mi 12.05.21		
Gruppe A Do 13.05.21	Christi Himmelfahrt / schulfrei	