

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

### **Bescheinigung über die Durchführung der Selbsttestung im häuslichen Bereich**

Bitte führen Sie den Test vor dem Gang zur Schule durch und dokumentieren Sie die durchgeführten Selbsttests mit Testdatum und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular. Damit bestätigen Sie gleichzeitig ein negatives Testergebnis. In den Wochen vom 13. bis 24.9. sind zwei Tests in der Woche nötig, in der Zeit vom 27.9. bis 29.10. sind es drei Tests.

Die KlassenlehrerInnen zeichnen die durchgeführten Testungen am Ende der Woche ab.

Im Falle eines positiven Testergebnisses sind Sie verpflichtet, unverzüglich einen PCR-Test durchführen zu lassen. Bis zum Erhalt des PCR-Testergebnisses darf das Kind die Schule nicht betreten.

<b>Kalender- woche</b>	<b>Montag Datum   Unterschrift</b>	<b>Mittwoch Datum   Unterschrift</b>	<b>Freitag Datum   Unterschrift</b>	<b>Unterschrift Schule Datum   Unterschrift</b>
37			-----	
38			-----	
39				
40				
41				
42				
43				