

■ Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich/mein Kind

Vorname, Name

Klasse

_____ COVID-19 Antigen-Selbsttests durchführen darf.

_____ keine COVID-19 Antigen-Selbsttests durchführen darf.

Ort

Datum

Unterschrift eines Sorgeberechtigten / des volljährigen Schülers / der volljährigen Schülerin