Name des Kindes: _____ Klasse: _____

Hiermit bestätige ich die aktuelle Durchführung des Antigen-Selbsttests unseres Kindes. Das Testergebnis war negativ.

Datum	Unterschrift einer erziehungsberechtigten Person
Montag, 01.11.2021	
Dienstag, 02.11.2021	
Mittwoch, 03.11.2021	
Donnerstag, 04.11.2021	
Freitag, 05.11.2021	
Montag, 08.11.2021	
Mittwoch, 10.11.2021	
Freitag, 12.11.2021	
Montag, 15.11.2021	
Mittwoch, 17.11.2021	
Freitag, 19.11.2021	
Montag, 22.11.2021	
Mittwoch, 24.11.2021	
Freitag, 26.11.2021	
Montag, 29.11.2021	