HERBARTGYMNASIUM
OLDENBURG

Bestätigung über die Durchführung von Antigen-Selbsttests (Covid 19) an ausgewiesenen Testtagen am Morgen vor dem Schulbesuch

Hiermit bestätige ich, dass meine Tochter/mein Sohn/ich (bei volljährigen SchülerInnen) _____, Klasse _____ am _____ um _____ Uhr einen Coronaselbsttest durchgeführt hat/habe. Das Testergebnis war negativ.

_____

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten oder der volljährigen Schülerin bzw. des volljährigen Schülers

Hiermit bestätige ich, dass meine Tochter/mein Sohn/ich (bei volljährigen SchülerInnen) _____, Klasse _____ am _____ um _____ Uhr einen Coronaselbsttest durchgeführt hat/habe. Das Testergebnis war negativ.

_____

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten oder der volljährigen Schülerin bzw. des volljährigen Schülers

Hiermit bestätige ich, dass meine Tochter/mein Sohn/ich (bei volljährigen SchülerInnen) _____, Klasse _____ am _____ um _____ Uhr einen Coronaselbsttest durchgeführt hat/habe. Das Testergebnis war negativ.

_____

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten oder der volljährigen Schülerin bzw. des volljährigen Schülers

Hiermit bestätige ich, dass meine Tochter/mein Sohn/ich (bei volljährigen SchülerInnen) _____, Klasse _____ am _____ um _____ Uhr einen Coronaselbsttest durchgeführt hat/habe. Das Testergebnis war negativ.

_____

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten oder der volljährigen Schülerin bzw. des volljährigen Schülers