



Dokumentation der Testdurchführung

Name: Klasse:

Hiermit bestätige ich, dass ich mit meinem Kind den Test durchgeführt habe und das Ergebnis negativ ist. Nur dann darf mein Kind in die Schule. Bei einem positiven Ergebnis informiere ich die Schule und den Arzt.

	Datum	Unterschrift
	1.11.21	
	2.11.21	
	3.11.21	
	4.11.21	
	5.11.21	
	8.11.21	
	10.11.21	
	12.11.21	
	15.11.21	
	17.11.21	
	19.11.21	
	22.11.21	
	24.11.21	
	26.11.21	
	29.11.21	
	1.12.21	
	3.12.21	
	6.12.21	
	8.12.21	
	10.12.21	
	13.12.21	
	15.12.21	
	17.12.21	
	21.12.21	
	22.12.21	

Den Zettel bitte immer in der Postmappe lassen.