

Bestätigung der Durchführung des Selbsttests

.....
Name, Vorname

.....
Klasse

Der Selbsttest soll zweimal pro Woche durchgeführt werden. Im Szenario A wird der Test **montags und mittwochs** vor Schulbeginn **zu Hause** durchgeführt. Im Szenario B montags und mittwochs bzw. dienstags und donnerstags. Bitte planen Sie für die Durchführung eine *Zeitdauer von mindestens 20 Minuten* ein.

Diese Testbestätigung ist an jedem Tag mit in die Schule zu bringen (Auch an Tagen, an denen nicht getestet wurde.). Ein **Schulbesuch** ist **nur mit** ausgefüllter und unterschriebener **Testbestätigung** möglich!

KW	Datum	Testergebnis		Unterschrift*
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	

* Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten / volljährigen Schüler:in. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, den Test am angegebenen Datum durchgeführt zu haben.

Bestätigung der Durchführung des Selbsttests

.....
Name, Vorname

.....
Klasse

Der Selbsttest soll zweimal pro Woche durchgeführt werden. Im Szenario A wird der Test **montags und mittwochs** vor Schulbeginn **zu Hause** durchgeführt. Im Szenario B montags und mittwochs bzw. dienstags und donnerstags. Bitte planen Sie für die Durchführung eine *Zeitdauer von mindestens 20 Minuten* ein.

Diese Testbestätigung ist an jedem Tag mit in die Schule zu bringen (Auch an Tagen, an denen nicht getestet wurde.). Ein **Schulbesuch** ist **nur mit** ausgefüllter und unterschriebener **Testbestätigung** möglich!

KW	Datum	Testergebnis		Unterschrift*
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	

* Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten / volljährigen Schüler:in. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, den Test am angegebenen Datum durchgeführt zu haben.

KW	Datum	Testergebnis		Unterschrift*
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	

* Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten / volljährigen Schüler:in. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, den Test am angegebenen Datum durchgeführt zu haben.

KW	Datum	Testergebnis		Unterschrift*
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	

* Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten / volljährigen Schüler:in. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, den Test am angegebenen Datum durchgeführt zu haben.