

Einverständniserklärung freiwilliger Selbsttest COVID-19

Hiermit gebe/n ich/wir das Einverständnis, dass mein/e Tochter/Sohn an der freiwilligen Selbsttestung an der Schule teilnehmen darf.

Name des Schülers*:

Geburtsdatum:

Klasse:

.....
Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

*Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter.