

Formular

Gymnasium Leoninum Handrup



Datum: _____

Name der Schülerin / des Schülers: _____ Klasse: _____

Hiermit bestätige ich als Erziehungsberechtigte/r die Durchführung der verpflichtenden Antigen-Selbsttestung und die richtige Angabe des negativen Testergebnisses durch meine Unterschrift.

(Unterschrift d. Erziehungsberechtigten)