

Gymnasium Dresden-Tolkewitz, 01279 Dresden
.....
Name, PLZ, Ort der Schule

Information an die Personensorgeberechtigten minderjähriger Schülerinnen oder Schüler über die Durchführung eines negativen Antigen-Selbsttests zum Nachweis des SARS-CoV-2-Virus

Die Schülerin / der Schüler

Name, Vorname
geboren am
Geburtsdatum
hat am
Datum
um
Uhrzeit

in der oben genannten Schule in meinem Beisein einen SARS-CoV-2-Antigen-Selbsttest durchgeführt. Das Testergebnis war negativ.

Name des Tests: Rapid SARS-CoV-2 Antigen Test Card
Hersteller des Tests: Boson BioTech

.....
Name und Unterschrift der informierenden Lehrkraft

Gymnasium Dresden-Tolkewitz, 01279 Dresden
.....
Name, PLZ, Ort der Schule

Information an die Personensorgeberechtigten minderjähriger Schülerinnen oder Schüler über die Durchführung eines negativen Antigen-Selbsttests zum Nachweis des SARS-CoV-2-Virus

Die Schülerin / der Schüler

Name, Vorname
geboren am
Geburtsdatum
hat am
Datum
um
Uhrzeit

in der oben genannten Schule in meinem Beisein einen SARS-CoV-2-Antigen-Selbsttest durchgeführt. Das Testergebnis war negativ.

Name des Tests: Rapid SARS-CoV-2 Antigen Test Card
Hersteller des Tests: Boson BioTech

.....
Name und Unterschrift der informierenden Lehrkraft