

Goetheschule

Kath. Grundschule der Stadt Hagen
Kirchstr. 9 58099 Hagen
Tel.: 02331-3960370
Fax: 02331-39603718



Bestätigung über das Vorliegen eines negativen Antigentests

Datum: _____

Name des Kindes: _____ Klasse: _____

Hiermit bestätige ich, dass mein oben genanntes Kind heute vor Schulbesuch zuhause einen Test mit negativem Ergebnis durchgeführt hat.

Ort, Datum

Unterschrift einer Erziehungsberechtigten / eines Erziehungsberechtigten

Goetheschule

Kath. Grundschule der Stadt Hagen
Kirchstr. 9 58099 Hagen
Tel.: 02331-3960370
Fax: 02331-39603718



Bestätigung über das Vorliegen eines negativen Antigentests

Datum: _____

Name des Kindes: _____ Klasse: _____

Hiermit bestätige ich, dass mein oben genanntes Kind heute vor Schulbesuch zuhause einen Test mit negativem Ergebnis durchgeführt hat.

Ort, Datum

Unterschrift einer Erziehungsberechtigten / eines Erziehungsberechtigten