**Übersicht Selbsttests**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name des Kindes: Klasse:** | | |
| In dieser Übersicht müssen die Testungen eingetragen werden. Bitte bestätigen Sie die Testung jeweils mit Ihrer Unterschrift. Bitte informieren Sie uns, wenn ein Test positiv ist!  Bitte kreuzen Sie unten an, ob Sie mit der Durchführung eines Corona-Selbsttests in der Schule einverstanden sind. Sollten Sie nicht einverstanden sein, müssen Sie Ihr Kind aus der Schule abholen, wenn es Symptome haben sollte.  Diese Übersicht klebt immer hinten im Schulplaner Ihres Kindes! | | |
| **Datum** | **Selbsttest**  **zu Hause** | **Selbsttest**  **in der Schule** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind in der Schule einen Corona-Selbsttest durchführt, falls Symptome auftreten sollten.
* Ich bin nicht damit einverstanden, dass mein Kind in der Schule einen Corona-Selbsttest durchführt, falls Symptome auftreten sollten.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift eines Sorgeberechtigten

**Übersicht Selbsttests**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name des Kindes: Klasse:** | | |
| In dieser Übersicht müssen die Testungen eingetragen werden. Bitte bestätigen Sie die Testung jeweils mit Ihrer Unterschrift. Bitte informieren Sie uns, wenn ein Test positiv ist!  Bitte kreuzen Sie unten an, ob Sie mit der Durchführung eines Corona-Selbsttests in der Schule einverstanden sind. Sollten Sie nicht einverstanden sein, müssen Sie Ihr Kind aus der Schule abholen, wenn es Symptome haben sollte.  Diese Übersicht klebt immer hinten im Schulplaner Ihres Kindes! | | |
| **Datum** | **Selbsttest**  **zu Hause** | **Selbsttest**  **in der Schule** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind in der Schule einen Corona-Selbsttest durchführt, falls Symptome auftreten sollten.
* Ich bin nicht damit einverstanden, dass mein Kind in der Schule einen Corona-Selbsttest durchführt, falls Symptome auftreten sollten.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift eines Sorgeberechtigten