Gymnasium Bruchhausen-Vilsen

**Bestätigung einer negativen COVID-19 Testung**

**Name:** ____________________________________ **Klasse:**

Ohne die Bestätigung eines negativen Testergebnisses ist keine Teilnahme am Präsenzunterricht möglich!

Mit der Unterschrift bestätigen wir, dass der verpflichtende Antigen-Selbsttest zum angegebenen Datum durchgeführt wurde und ein negatives Testergebnis vorlag.

| **Datum** | **Unterschrift eines/r Erziehungsberechtigten** |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |