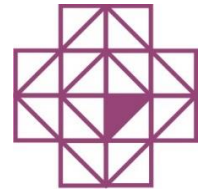


Einverständniserklärung zu Abnahme eines
SARS-CoV-2-Antigen-Tests
bei Schülerinnen und Schülern



Name der Schülerin oder des Schülers

Klasse

Meine Tochter / mein Sohn darf an dem in der Schule angebotenen SARS-CoV-2-Antigen-Test teilnehmen.

Ort und Datum

Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten