

Bestätigung negatives Ergebnis COVID-19 Antigen-Selbsttest zu Hause

Name: _____

Vorname: _____

Klasse: _____

Datum: _____

Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten, wenn volljährig eigene Unterschrift



Bestätigung negatives Ergebnis COVID-19 Antigen-Selbsttest zu Hause

Name: _____

Vorname: _____

Klasse: _____

Datum: _____

Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten, wenn volljährig eigene Unterschrift

