



GYMNASIUM FALLERSLEBEN
WOLFSBURG

Name des Schülers/ der Schülerin: _____ Klasse: _____

Hiermit bestätige ich die Durchführung des Selbsttests bei meinem Kind am: _____
(Datum)

Das Testergebnis war **negativ**.

Name und Unterschrift
des Erziehungsberechtigten: _____
(Name) (Unterschrift)