




Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

(Bitte in deutlichen Druckbuchstaben eintragen)

 Immunisierungs- status	vollständig geimpft (Datum der 2. Impfung)	genesen (letzter Tag der Quarantäne)	nicht immunisiert (nicht geimpft/nicht genesen)

Bitte legen Sie den Genesenen-Nachweis bei, wenn dieser in der Schule noch nicht vorliegen sollte. Sollte Ihr Kind geimpft sein, benötigen wir den Impfnachweis. Geben Sie in diesem Fall Ihrem Kind bitte den Impfausweis mit zur Schule. Wir werden eine Kopie anfertigen und Ihrem Kind den Ausweis zurückgeben. Alternativ können Sie diesen auch selbst im Sekretariat vorlegen.

- Unser Kind ist nicht immunisiert und nimmt an den drei wöchentlichen Antigen-Selbsttest montags, mittwochs und freitags teil.
- Unser Kind nimmt freiwillig an den Antigen-Selbsttests teil, obwohl es genesen bzw. geimpft ist.

**Hiermit versichere/n ich/wir, dass die drei wöchentlichen Testungen (Mo, Mi, Fr) regelmäßig und ordnungsgemäß bei meinem/ unserem Kind durchgeführt werden.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift d. Erziehungsberechtigten