

## Antigenselbsttest-Bestellung

Hiermit bestätige ich als Erziehungsberechtigte/r, dass mein Kind

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Klasse / Jahrgangsstufe: \_\_\_\_\_

die von der Schule gestellten Antigenselbsttests verwendet hat und für den neuen Monat fünf weitere Antigenselbsttests benötigt.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)