

Testerlaubnis

Schüler*in:

Vorname: _____

Familienname: _____

Klasse: _____

Darf mein Kind getestet werden?

- Ja (bitte kreuzen sie auch die untere Frage an.)
- Nein*

Mein Kind darf nur mit **Speicheltest** getestet werden.

Mein Kind darf auch mit anderen Testformen getestet werden.

*Wenn mein Kind nicht getestet wird, muss dieses in Quarantäne.
(Aussage Dienststelle Gesundheit und Sport, Stand 09.02.2021)

Ort, Datum:

Unterschrift der Eltern:
