# Bestätigung der Selbsttestung

Lerngruppe in Szenario ___ : _____
(falls anlassbezogen notwendig)

Name der Schülerin/des Schülers: _____

Klasse: _____

Klassenteamleitung _____

Mit der nachfolgenden Unterschrift wird bestätigt, dass gemäß Information durch die Schulleitung bzw. stellvertretend durch die Klassenteamleitung zur Testhäufigkeit und den verbindlichen Testtagen der jeweilige Selbsttest zu Hause **vor** Unterrichtsbeginn durchgeführt wurde und das Ergebnis **negativ** war.

Falls das Testergebnis ungültig **oder** positiv war, trage ich eine entsprechende Bemerkung ein.

Im Falle eines **positiven Testergebnisses** ist die Schule (Klassenteamleitung) unverzüglich zu informieren, die Schule darf **nicht** betreten werden und es ist ein **PCR-Test** beispielweise bei einem Hausarzt durchzuführen. Sollte der **Test ungültig** sein, ist ggf. mit einem weiteren zu Hause vorliegenden Test zu testen. Liegt kein Test-Kit zu Hause vor, kann in Ausnahmefällen unter Rücksprache mit dem Sekretariat (05121 171-0) ein Test in der Schule beim Schulassistent durchgeführt werden.

Zu den Sonderregelungen für nachweislich Genesene sowie gegen COVID-19 Geimpfte informieren Sie sich bitte bei Ihrer Klassenteamleitung.

| Datum | Unterschrift (bei minderjährigen Personen der Erziehungsberechtigte) | Bemerkung |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Bitte wenden!

| Datum | Unterschrift (bei minderjährigen Personen der Erziehungsberechtigte) | Bemerkung |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |