
Name der Eltern/Erziehungsberechtigte

Hiermit bestätige ich, dass der SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test zur Selbstanwendung bei

meinem Kind _____ am _____ um _____
(Name des Kindes) (Datum) (Uhrzeit)

ein NEGATIVES Testergebnis aufwies.

(Unterschrift)