

Dokumentation der Selbsttestung im häuslichen Bereich

Name: _____

Klasse: _____

Woche	Testung 1 Bestätigung Eltern	Testung 2 Bestätigung Eltern	Bestätigung Schule
_____ bis _____ 2022	Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ Unterschrift: _____	Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ Unterschrift: _____	Datum: _____ Unterschrift: _____
_____ bis _____ 2022	Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ Unterschrift: _____	Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ Unterschrift: _____	Datum: _____ Unterschrift: _____
_____ bis _____ 2022	Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ Unterschrift: _____	Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ Unterschrift: _____	Datum: _____ Unterschrift: _____
_____ bis _____ 2022	Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ Unterschrift: _____	Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ Unterschrift: _____	Datum: _____ Unterschrift: _____