

**Formular zur Bestätigung
eines negativen Testergebnisses ab dem 21.02.2022**

Name der Schule	KGS Stella
Anschrift der Schule (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Robert-Blum-Straße 30 17033 Neubrandenburg
Vorname, Name der Schülerin / des Schülers	
Klasse der Schülerin / des Schülers	
Geburtsdatum der Schülerin / des Schülers	

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass für die oben genannte Schülerin / den oben genannten Schüler ein **negatives** Testergebnis vorliegt, das jeweils nicht älter als 24 Stunden ist. Der Test wurde entweder in der Häuslichkeit („Selbsttest“) oder unter Aufsicht einer fachkundigen Person (Antigen-Schnelltest oder PCR-Test – „Bürgertest“) durchgeführt. Die Testpflicht gilt auch für genesene und geimpfte Schüler*innen!

Woche	1. Test Montag		2. Test Mittwoch		3. Test Freitag	
	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte
21.02. - 25.02.						
Woche	1. Test Montag		2. Test Mittwoch		3. Test Freitag	
	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte
28.02. - 04.03.						
Woche	1. Test Montag		2. Test Mittwoch		3. Test Freitag	
	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte
07.03. - 11.03.						
Woche	1. Test Montag		2. Test Mittwoch		3. Test Freitag	
	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte
14.03. - 18.03.						
Woche	1. Test Montag		2. Test Mittwoch		3. Test Freitag	
	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte
21.03. - 25.03.						

Hiermit wird bestätigt, dass der oben genannte Schüler/die oben genannte Schülerin, Schüler*in unserer Schule ist und der Testpflicht nach Coronaschulverordnung unterliegt.