

**Formular zur Bestätigung
eines negativen Testergebnisses ab dem 28.03.2022**

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
28.03. - 01.04.						
Woche	1. Test Montag		2. Test Mittwoch		3. Test Freitag	
	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte
04.04. - 08.04.						
Woche	1. Test		2. Test		3. Test	
	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte
Osterferien Hortbetreuung GS 11.04. - 14.04.						
Woche	1. Test Donnerstag (zwingend für Schulbesuch)		2. Test Freitag			
	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte				
21.04 - 22.04.						
Woche	1. Test Montag		2. Test Mittwoch		3. Test Freitag	
	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte	Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte
25.04. - 29.04.						

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