Name: _____

Die o.g. Person wurde am jeweiligen Tag auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 getestet.

Beaufsichtigende Personen:_____

Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

Vollständig geimpft am: _____
(2 Wochen nach der 2. Impfung)

Impfnachweis gesehen: _____ (Unterschrift Schule)

Genesen seit: _____ **Gültig bis:** _____

Genesenennachweis gesehen: _____ (Unterschrift Schule)

Datum	Bezeichnung Antigen Schnelltest	Ergebnis	Unterschrift

Datum	Bezeichnung Antigen Schnelltest	Ergebnis	Unterschrift