



GRUND- UND OBERSCHULE NEUHAUS/ELBE

Kirchstraße 35 - 19273 Amt Neuhaus

Grundschulzweig

Oberschulzweig

Tel: 038841/21300

038841/21003

Fax: 038841/21301

038841/21005

Email: grundschule-nhs@t-online.de


info@obs-neuhaus.de




Nachweis für die Testdurchführung

Mein Kind _____, Klasse ____ hat sich
Name des Kindes

am _____, ____ . ____ . 2021 um _____ Uhr getestet.
Wochentag Datum Uhrzeit

Das Ergebnis des Tests ist:

negativ  C *C = Control*

positiv   C
 T
Mein Kind geht nicht in die Schule.
Ich rufe einen Arzt an.

Unterschrift der Eltern oder Sorgeberechtigten



GRUND- UND OBERSCHULE NEUHAUS/ELBE

Kirchstraße 35 - 19273 Amt Neuhaus

Grundschulzweig

Oberschulzweig

Tel: 038841/21300

038841/21003

Fax: 038841/21301

038841/21005

Email: grundschule-nhs@t-online.de


info@obs-neuhaus.de




Nachweis für die Testdurchführung

Mein Kind _____, Klasse ____ hat sich
Name des Kindes

am _____, ____ . ____ . 2021 um _____ Uhr getestet.
Wochentag Datum Uhrzeit

Das Ergebnis des Tests ist:

negativ  C *C = Control*

positiv   C
 T
Mein Kind geht nicht in die Schule.
Ich rufe einen Arzt an.

Unterschrift der Eltern oder Sorgeberechtigten