

## Mitteilungsbogen Testungen meines Kindes:

Name: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

**Bitte nur ausfüllen und abgeben, wenn Ihr Kind vollständig geimpft oder genesen ist!**

1) ( ) Wir möchten, dass unser Kind nicht mehr an den Testungen teilnimmt

2) ( ) Wir möchten, dass unser Kind am Montag an der Testung teilnimmt.

3) ( ) Wir möchten, dass unser Kind am Mittwoch an der Testung teilnimmt.

(Bei den Punkten 1 - 3 müssen die o.g. Nachweise vorgelegt werden).

4) ( ) Wir möchten, dass unser Kind weiterhin an den empfohlenen Testungen der Schule teilnimmt (derzeit 3 Testungen pro Woche - mit Anpassungen, wenn Änderungen vom Staatlichen Schulamt erfolgen).

---

Datum, Unterschrift der Eltern