

**Negativtestnachweis**

Hiermit bestätige ich meinem Kind \_\_\_\_\_, geboren am  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_ ein negatives Testergebnis.

Dieses wurde am \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ Uhr durchgeführt.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte Person