



Gutenbergschule

Grund- und Werkrealschule

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Kl.: _____

Im Falle eines positiven Corona-Schnelltests bin ich mit der Durchführung eines anschließenden PCR-Tests durch einen Arzt an der Gutenbergschule einverstanden.

Ja

Nein

Datum: _____

Unterschrift der/des Personenberechtigten