



**Antrag auf Freistellung  
von der beaufsichtigten wöchentlichen Corona-Selbsttestung**

**Erziehungsberechtigte(r):** \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

**Ich beantrage für meine/n Tochter / Sohn**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Klasse

**die Freistellung von den in der Schule durchzuführenden Corona-Selbsttests.**

- Ich bestätige, dass mein(e) Tochter / Sohn über einen vollständigen Impfschutz gegenüber COVID-19 verfügt. Das Impfzertifikat ist einmalig dem Sekretariat / der Schulleitung vorzulegen.

Das Impfzertifikat ist gültig bis zum \_\_\_\_\_.

- Ich bestätige, dass mein(e) Tochter / Sohn von einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion genesen ist. Der Nachweis zum Immunschutz ist einmalig dem Sekretariat / der Schulleitung vorzulegen.

Der Immunschutz besteht nachweislich bis zum \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift