

Gymnasium Wilsdruff  
An der Schule 9, 01723 Wilsdruff

**Information an die Personensorgeberechtigten minderjähriger Schülerinnen oder Schüler über die Durchführung eines negativen Antigen-Selbsttests zum Nachweis des SARS-CoV-2-Virus**

Die Schülerin/der Schüler

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

geboren am

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

hat am

\_\_\_\_\_  
Datum

um

\_\_\_\_\_  
Uhrzeit

in der oben genannten Schule in meinem Beisein einen SARS-CoV-2-Antigen-Selbsttest durchgeführt. Das Testergebnis war negativ.

Name des Tests: COVID-19 Antigen Detection Kit – Nasal Swab

Hersteller des Tests: New Gene (Hangzhou) Bioengineering Co., Ltd.

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift der informierenden Lehrkraft