

## Test-Bescheinigung



Hiermit bestätige ich

\_\_\_\_\_ (Name),

dass ich mein Kind

\_\_\_\_\_ (Name)

am \_\_\_\_\_ (Datum)

auf Covid 19 getestet habe.

Der Befund ist negativ.

Datum, Unterschrift

## Test-Bescheinigung



Hiermit bestätige ich

\_\_\_\_\_ (Name),

dass ich mein Kind

\_\_\_\_\_ (Name)

am \_\_\_\_\_ (Datum)

auf Covid 19 getestet habe.

Der Befund ist negativ.

Datum, Unterschrift

## Test-Bescheinigung



Hiermit bestätige ich

\_\_\_\_\_ (Name),

dass ich mein Kind

\_\_\_\_\_ (Name)

am \_\_\_\_\_ (Datum)

auf Covid 19 getestet habe.

Der Befund ist negativ.

Datum, Unterschrift

## Test-Bescheinigung



Hiermit bestätige ich

\_\_\_\_\_ (Name),

dass ich mein Kind

\_\_\_\_\_ (Name)

am \_\_\_\_\_ (Datum)

auf Covid 19 getestet habe.

Der Befund ist negativ.

Datum, Unterschrift