

Bitte füllen Sie nachfolgenden Felder aus und kreuzen Sie entsprechend die Kästchen an.
Vielen Dank!

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ/Wohnort:	
geb. Datum:		Telefon:	
E-Mail:			
Klasse/Gruppe/ Kurs:			

Testung durchgeführt am:	<input type="checkbox"/> Selbsttest - Datum: <input type="checkbox"/> Ag Schnelltest - Datum: <input type="checkbox"/> PCR-Test - Datum:
Symptome aufgetreten:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - ab wann (Datum):
letzter Schulbesuch/ Kindergartenbesuch:	Datum: Zeit - von: bis:
Anreise:	<input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> alleinige Anreise (PKW, Fahrrad, ...) <input type="checkbox"/> Fahrgemeinschaft, dabei Mitfahrer (Name und Kontaktdaten):