

# Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, dass mein Sohn/meine Tochter

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname Schüler)

am Corona Antigen-Test in der Regelschule Küllstedt teilnehmen darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte