

An die
Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion
Referat 32

über
die Schulleitung _____, Ort _____

Kostenerstattung selbst beschaffter Antigentests zur Selbsttestung im Rahmen der Testung gem. § 28b Abs. 3 IfSG

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/mein Kind _____, geb. am _____ konnte aus medizinischen Gründen die vom Land zur Verfügung gestellten Antigentests zur Selbsttestung nicht nutzen. Um dennoch am Präsenzunterricht teilnehmen zu können, habe ich in Abstimmung mit der Schulleitung alternative zugelassene Selbsttests beschafft, die ich hiermit abrechnen möchte.

Name Antragssteller/in: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Anzahl der gekauften Schnelltests _____ Kosten insgesamt _____ €.

Kaufbelege/Quittungen sind beigefügt

Bankverbindung Kontoinhaber/-in: _____

Bank: _____ BIC: _____

IBAN:

DE				
-----------	--	--	--	--

Ort/Datum

Unterschrift Antragssteller/in

Bestätigung der Schulleitung

Mit ärztlichem Attest von _____ (Name der Ärztin/des Arztes) vom _____ (Datum des Attests) wurde nachgewiesen, dass die o.g. Schülerin /der o.g. Schüler aus gesundheitlichen Gründen keine Testung mittels Nasenabstrich durchführen kann. Die sachliche und rechnerische Richtigkeit wird bestätigt.

Datum

Unterschrift

Schulstempel