

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen Schnelltests

Schüler:

Vorname: _____ Name: _____

Klasse: _____

Daten eines Elternteils:

Vorname: _____ Name: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail-Adresse _____

Ich willige ein, dass mein Kind an den freiwilligen Antigen-Selbsttests in der Schule teilnimmt. Mir ist bekannt, dass mein Kind den Test eigenständig durchführt.

Mir ist bewusst, dass im Fall eines positiven Testergebnisses die Daten meines Kindes durch die Schulleitung an das jeweils zuständige Gesundheitsamt erfolgt. Außerdem besteht in diesem Fall eine Pflicht zur Absonderung und zur Nachtestung mittels eines PCR-Tests.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sofern ich nicht einwillige, entstehen meinem Kind keine Nachteile.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Schule widerrufen.

Ich bestätige, dass ich die Datenschutzhinweise¹ zur Kenntnis genommen habe.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Eltern)

¹ Die Datenschutzhinweise sowie die Informationen des Kultusministeriums sind auf der Homepage der Schule.