## Schülerinnen und Schüler der Schuljahrgänge 1 -4

### Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen Selbsttests zu Hause

**Schule**: (vollständige Anschrift)

Angaben zur **Schülerin**/zum **Schüler**

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Daten eines **Sorgeberechtigten**
Name: Vorname:

Anschrift:
Straße: Hausnummer:

PLZ: Ort:

tel. Erreichbarkeit:

**Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen-Selbsttests zu Hause.**

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an der freiwilligen Antigen-Selbsttestung zu Hause teilnimmt und das entsprechende Testprodukt von der Schule ausgehändigt bekommt.

Mir ist bewusst, dass ich bei einem positiven Selbsttestergebnis mein Kind nicht in die Schule schicken darf und die Schule umgehend über das Ergebnis des Selbsttests informieren werde. Zur Überprüfung des Ergebnisses muss ich Kontakt mit dem Arzt oder dem Testzentrum aufnehmen, um für mein Kind einen PCR-Test zur Verdachtsabklärung zu veranlassen.
Das Gesundheitsamt an meinem Wohnort wird von der Schule über ein positives Selbsttestergebnis informiert.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.
Meine Widerrufserklärung werde ich an die Schule richten (Adresse der Schule):
Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.

_____
Ort, Datum Unterschrift eines oder einer Sorgeberechtigten
Hinweis nach Art. 13 DSGVO: Im Falle eines positiven Testergebnisses werden die personenbezogenen Daten Ihres Kindes auf Grundlage des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben.