

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Bitte vollständig ausfüllen!

Ich,(Vorname und Familienname/Eltern),

erreichbar unter der **Telefonnummer** und

E-Mail-Adresse:

willige ein, dass mein unter 14-jähriges Kind
(Vorname und Familienname/Kind)

einen **COVID-19 Antigen-Selbsttest** (ohne Abstrich im hinteren Nasen- oder Rachenbereich) UND
einen **COVID-19 PCR-Selbsttest** (durch Spülen) vornimmt und die oben genannten Daten zum
oben beschriebenen Zweck der Selbsttestung an der Schulen verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

Name (in Blockbuchstaben)

Widerruf der Einwilligung:

Ein Widerruf dieser datenschutzrechtlichen Einwilligung sowie der Einwilligung zur Vornahme der Probenabnahme für den PCR-Test oder Antigen-Test ist jederzeit schriftlich (postalisch, per E-Mail, per Telefax) bei der Schule möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der davor erfolgten Maßnahmen und Datenverarbeitungen nicht berührt. Ab Zeitpunkt des Widerrufs werden an der Schule keine dem Widerruf unterliegenden Testungen mehr durchgeführt.

Bitte geben Sie Ihrem Kind die unterschriebene Einwilligungserklärung in die Schule mit.

Sie wird dort aufbewahrt!