

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich,(Vorname und Familienname),
erreichbar unter Telefonnummer, und E-Mailadresse
.....,

willige ein,

dass ich bzw. mein unter 14-jähriges Kind,
(Vorname und Familienname)

- einen minimal-invasiven COVID-19-Selbsttest (d.h. ohne Abstrich im hinteren Nasen- oder Rachenbereich) vornehme bzw. vornimmt
- und die oben genannten Daten zum oben beschriebenen Zweck der Selbsttestung an Schulen verarbeitet werden.

Ort Datum

Unterschrift der Schülerin, des Schülers bzw. der gesetzlichen
Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

Name (in Blockbuchstaben)

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