1. **Erklärungen zur Teilnahme von Schülerinnen und Schülern zur Selbsttestung mittels PoC-Antigen-Test zur Erkennung einer COVID-19-Infektion an der Schule**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Schüler/in: |  |  |  |

Klasse Nachname Vorname

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anschrift: |  |  |  |

Postleitzahl Ort Straße / Hausnummer

**Daten der Sorgeberechtigten bei Minderjährigen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nachname: |  | Vorname: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anschrift: |  |  |  |

Postleitzahl Ort Straße / Hausnummer

* 1. Datenschutzrechtliche Einwilligung: Hiermit willige ich/willigen wir ein, dass die Schule mit mir (bei volljährigen Schülerinnen und Schülern) /unserem Kind in der Woche ab dem 12.April 2021 zwei Selbsttestungen auf SARS-Cov-2 durchführen und die damit verbundene Datenverarbeitung einschließlich der Erhebung des Testergebnisses und der Speicherung dieser Erklärung bis zum 30.04.2021 vornehmen darf.

Hinweis: Sie haben das Recht, die Einwilligung jederzeit durch Erklärung gegenüber der Schule zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen Ihre Daten bzw. die Ihres Kindes nicht weiter­verarbeitet werden. Die im Falle eines positiven Testergebnisses bestehende gesetzliche Meldepflicht der Schule gemäß §§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. t, 8 Abs. 1 Nr. 2, 7, 9 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 i. V. m. §§ 36 Abs. 1 Nr.1 und 33 Nr. 3 Infektionsschutzgesetz gegenüber dem zuständigen Gesund­heits­amt bleibt hiervon unberührt.

* 1. Weitere Erklärungen im Zusammenhang mit der Testdurchführung

Soweit die Schülerin/der Schüler nicht volljährig ist:

☐ Im Falle eines positiven Testergebnisses bitten wir/bitte ich, mich/die folgende zur

Obhutsübername berechtigte Person über die folgende Telefonnummer(n) zu

|  |
| --- |
|  |

benachrichtigen:

☐ Im Falle eines positiven Testergebnisses darf mein Kind den Heimweg selbständig antreten.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort und Datum |  |  |  | Vor- /Zuname in Druckbuchstaben der/des unterschreibenden Personensorgeberechtigten |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unterschrift der Personensorgeberechtigten |  | Unterschrift der Schülerin bzw. des Schülers\* |

\* Bei Minderjährigen ab dem 14. Lebensjahr sowohl Unterschrift der Schülerin bzw. des Schülers sowie der personenberechtigten Person;

bei Volljährigen alleinige Unterschrift der Schülerin bzw. des Schülers.