|  |
| --- |
| Schule |
|
|
| Name/Vorname der Schülerin/des Schülers | Geburtsdatum |

**Freiwillige Teilnahme an Corona-Selbsttestungen in der Schule - Einverständniserklärung**

* Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [Name], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [Klasse]  
in der Zeit vom 4. April bis zum 29. April 2022 auf freiwilliger Basis an den Corona-Selbsttests (anlasslos zweimal wöchentlich sowie anlassbezogen im Falle einer Infektion in der Klasse oder Lerngruppe an fünf aufeinander folgenden Schultagen) teilnimmt, das Ergebnis der Testung von der aufsichtsführenden Person eingesehen werden darf und die erforderlichen Daten gespeichert werden.

Mir ist bekannt, dass für die freiwillige Teilnahme an den Testungen die Regelungen des Testkonzeptes für Schulen gelten.

Ich weiß, dass die Teilnahme an den Testungen freiwillig ist und die Zustimmung zur Testteilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden kann.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort/Datum Unterschrift Sorgeberechtigte/r