

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 COVID-19 Antigen-Selbsttest (ohne Abstrich im hinteren Nasen- oder
Rachenbereich) vornehme bzw. vornimmt

UND

einen COVID-19 PCR-Selbsttest (durch Spülen) 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)

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.**