

Schule	
Name/Vorname der Schülerin/des Schülers	Geburtsdatum

### **Freiwillige Teilnahme an Corona-Selbsttestungen für Geimpfte und Genesene in der Schule - Einverständniserklärung**

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind  
\_\_\_\_\_ [Name], \_\_\_\_\_ [Klasse]  
auf freiwilliger Basis an den Corona-Selbsttests 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 ebenfalls die  
bekannten 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