

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



Schüler/in:	
Nachname:	
Vorname:	
Straße / Hausnummer:	
Klasse/Kurstufe:	

Daten der Sorgeberechtigten bei Minderjährigen:

Nachname:	
Vorname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ:	
Ort:	

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 im Falle eines positiven Testergebnisses gegenüber dem zuständigen Gesundheitsamt bleibt hiervon unberührt.

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 personensorgeberechtigten Person; bei Volljährigen alleinige Unterschrift der Schülerin bzw. des Schülers.

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 Obhutsübernahme berechnigte Person über die folgende Telefonnummer(n) zu benachrichtigen:

- Im Falle eines positiven Testergebnisses darf mein Kind den Heimweg selbständig antreten. Es ist mir bewusst, dass der ÖPNV nicht genutzt werden darf.

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 personberechtigten Person; bei Volljährigen alleinige Unterschrift der Schülerin bzw. des Schülers.