

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich,
(Vorname und Familienname), erreichbar unter (Telefonnummer)
und (E Mailadresse), willige ein,
dass mein unter 14-jähriges Kind,
..... (Vorname und
Familienname)

einen COVID-19 **Antigen-Selbsttest** (ohne Abstrich im hinteren Nasen- oder Rachenbereich)
vornimmt

UND

einen COVID-19 **PCR-Selbsttest** (durch Spülen) vornimmt und die oben genannten Daten
zum oben beschriebenen Zweck der Selbsttestung an Schulen verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift 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) 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.

Die Einwilligungserklärung wird an der Schule aufbewahrt.