

## Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Selbsttest zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion

### Schule:

Schulname:

Straße:

PLZ Ort:

### Angaben zur Schülerin /zum Schüler

Name:

Vorname:

geboren am:

### Daten eines Sorgeberechtigten bei Minderjährigen

Name:

Vorname:

### Anschrift:

Straße:

Nummer:

PLZ:

Ort:

Telefon:

## Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Selbsttests zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion und zur damit verbundenen Datenweitergabe

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an regelmäßigen Selbsttests zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion in der Schule teilnimmt. Mir ist bewusst, dass bei einem positiven Testergebnis mein Kind die Schule sofort verlassen und sich direkt in häusliche Isolation begeben muss, und dass außerdem unverzüglich das Gesundheitsamt an meinem Wohnort über ein positives Testergebnis informiert wird. Bei minderjährigen Schülerinnen und Schülern benachrichtigt die Schulleitung umgehend die Sorgeberechtigten zur erforderlichen Abholung.

Ich willige auch ein in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Durchführung eines Selbsttests zum Ausschluss einer COVID-19 Erkrankung. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten an Dritte findet statt.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten bzw. die meiner Tochter / meines Sohnes nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung werde ich an die Schule richten:

Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.

Ort, Datum

Unterschrift der volljährigen Schülerin / des volljährigen Schülers bzw. eines Sorgeberechtigten