

Schule <b>Dr.-Kurt-Schöllhammer-Schule</b> <b>Am Flachsberg 4, 55469 Simmern/Hsr.</b>	
Name/Vorname der Schülerin/des Schülers	Geburtsdatum

## **Einverständniserklärung für Eltern bzw. Sorgeberechtigte teilnehmender Kinder an freiwilligen Corona-Selbsttests in der Schule**

Die schriftliche Information zu den Corona-Selbsttests in der Schule habe ich erhalten und gelesen.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind \_\_\_\_\_ [Name], \_\_\_\_\_ [Klasse] an den Corona-Selbsttests teilnimmt, das Ergebnis der Testung von der aufsichtsführenden Person eingesehen werden darf und im Falle eines positiven Testergebnisses dokumentiert wird.

Ich weiß, dass die Teilnahme an den Testungen freiwillig ist und die Zustimmung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden kann.

Ich bin an den Testtagen während der Unterrichtszeit meines Kindes unter folgenden Telefon- bzw. Handy-Nummern erreichbar:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Für den Fall eines positiven Selbsttests werde ich sicherstellen, dass mein Kind nach entsprechender Information durch die Schule umgehend abgeholt oder nach Rücksprache nach Hause geschickt werden kann. Ein PoC- Antigentest in einer vom Land beauftragten Schnellteststation wird von mir umgehend veranlasst. Über das Ergebnis werde ich die Schule schnellstmöglich informieren.

Ich wurde darüber informiert, dass die im Rahmen der Testung erhobenen Daten streng vertraulich behandelt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 1. sorgeberechtigter Elternteil

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. sorgeberechtigter Elternteil