

Einverständniserklärung zur Teilnahme an zwei wöchentlichen kostenlosen Selbsttests zur Erkennung einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 Viren im Präsenzunterricht

Angaben zur Schülerin/zum Schüler

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Klasse: _____

Daten zum Erziehungsberechtigten

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

Hausnr.: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Tel.: _____

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an zwei wöchentlichen kostenlosen Selbsttests im vorderen Nasenbereich 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. Die Schulleitung muss unverzüglich dem Gesundheitsamt Freiburg ein positives Testergebnis mitteilen. Ich willige auch in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes ein. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten an Dritte (Gesundheitsamt Freiburg) findet bei einem positiven Testergebnis statt.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ab Zugang der Erklärung 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.

Mir ist bewusst, dass im Fall einer Nichteinwilligung zur Selbsttestung mein Kind ein Zutritts- und Teilnahmeverbot zur Schule hat. Von diesem Zutritts- und Teilnahmeverbot gibt es Ausnahmen für die Teilnahme an Abschlussprüfungen oder bei für die Notengebung erforderlichen schulischen Leistungsfeststellungen.

Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten