

Einwilligungserklärung für minderjährige Schülerinnen und Schüler

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen Selbsttest bzgl. einer COVID-19-Infektion

Schule: Grundschule Dietrichsfeld
Liegnitzer Straße 37
26127 Oldenburg
0441/62614

Angaben zur **Schülerin/zum Schüler:**

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Daten eines **Sorgeberechtigten:**

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift:

Straße: _____

Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

telefonische Erreichbarkeit: _____

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen-Selbsttests in der Schule.

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an Antigen-Selbsttests zuhause unter elterliche Aufsicht teilnimmt.

Mir ist bewusst, dass bei einem positiven Selbsttestergebnis mein Kind das Schulgelände nicht betreten darf und sich direkt in häusliche Isolation begeben muss. Ich verständige umgehend die Schule:

Telefonisch: 0441-62614 oder per Email: sekretariat@grundschule-dietrichsfeld.de

Ich nehme Kontakt zu meinem Arzt oder meiner Ärztin bzw. einem Testzentrum auf und lasse für mein Kind einen PCR-Test zur Verdachtsabklärung vornehmen.

Das Gesundheitsamt an meinem Wohnort wird von der Schule über ein positives Selbsttestergebnis informiert.

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

Meine Widerrufserklärung werde ich an die Grundschule Dietrichsfeld, Liegnitzer Straße 37, 26127 Oldenburg, richten.

Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.

Ort, Datum Unterschrift eines oder einer Sorgeberechtigten

Hinweis nach Art. 13 DSGVO: Im Falle eines positiven Testergebnisses werden die personenbezogenen Daten Ihres Kindes auf Grundlage des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben.