

III. Erklärungen zur Teilnahme von Schülerinnen und Schülern zur Selbsttestung mittels PoC-Antigen-Test zur Erkennung einer COVID-19-Infektion an der Schule

Daten Schüler/in:

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße / Hausnummer: _____

Klasse/Kurstufe: _____

Daten der Sorgeberechtigten bei Minderjährigen

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

1. Datenschutzrechtliche Einwilligung

Hiermit willige ich/willigen wir ein,

dass die Schule mit mir (bei volljährigen Schülerinnen und Schülern) /unserem Kind in den Wochen ab dem 03. Mai 2021 wöchentlich zwei Selbsttestungen auf SARS-Cov-2 durchführen und die damit verbundene Datenverarbeitung einschließlich der Erhebung des Testergebnisses und der Speicherung dieser Erklärung bis zum 22.05.2021 vornehmen darf. Hinweis: Sie haben das Recht, die Einwilligung jederzeit durch Erklärung gegenüber der Schule zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen Ihre Daten bzw. die Ihres Kindes nicht weiterverarbeitet werden. Die im Falle eines positiven Testergebnisses bestehende gesetzliche Meldepflicht der Schule gemäß §§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. t, 8 Abs. 1 Nr. 2, 7, 9 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 i. V. m. §§ 36 Abs. 1 Nr.1 und 33 Nr. 3 Infektionsschutzgesetz im Falle eines positiven Testergebnisses gegenüber dem zuständigen Gesundheitsamt bleibt hiervon unberührt.

Ort und Datum: _____

Vor- /Zuname in Druckbuchstaben der/des unterschreibenden Personensorgeberechtigten

Unterschrift der Personensorgeberechtigten _____

Unterschrift der Schülerin bzw. des Schülers* _____

* Bei Minderjährigen ab dem 14. Lebensjahr sowohl Unterschrift der Schülerin bzw. des Schülers sowie der personensorgeberechtigten Person; bei Volljährigen alleinige Unterschrift der Schülerin bzw. des Schülers.

2. Weitere Erklärungen im Zusammenhang mit der Testdurchführung

Soweit die Schülerin/der Schüler nicht volljährig:

Im Falle eines positiven Testergebnisses bitten wir/bitte ich, mich/die folgende zur Obhutübernahme berechnigte Person über die folgende Telefonnummer(n) zu benachrichtigen:

Im Falle eines positiven Testergebnisses darf mein Kind den Heimweg selbständig antreten.

Ort und Datum _____

Vor- /Zuname in Druckbuchstaben der/des unterschreibenden Personensorgeberechtigten

Unterschrift der Personensorgeberechtigten _____

Unterschrift der Schülerin bzw. des Schülers* _____

* Bei Minderjährigen ab dem 14. Lebensjahr sowohl Unterschrift der Schülerin bzw. des Schülers sowie der personensorgeberechtigten Person; bei Volljährigen alleinige Unterschrift der Schülerin bzw. des Schülers.