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

**Schüler/in:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nachname** |  |
| **Vorname** |  |
| **Straße / Hausnummer** |  |
| **Wohnort** |  |
| **Klasse** |  |

**Daten der Sorgeberechtigten:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nachname** |  |
| **Vorname** |  |
| **Straße / Hausnummer** |  |
| **Wohnort** |  |

**1. Datenschutzrechtliche Einwilligung**

**Hiermit willige ich/willigen wir ein,**

**dass die Schule mit mir (bei volljährigen Schülerinnen und Schülern)/unserem Kind in der Woche ab dem 19. April 2021 zwei Selbsttestungen auf SARS-Cov-2 durchführen und die damit verbundene Datenverarbeitung einschließlich der Erhebung des Testergebnisses und der Speicherung dieser Erklärung längstens drei Wochen nach Testung 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.

**2. Weitere Erklärungen im Zusammenhang mit der Testdurchführung**

Soweit die Schülerin/der Schüler nicht volljährig:

☐ Im Falle eines positiven Testergebnisses bitten wir/bitte ich, uns/mich über die folgende
 Telefonnummer(n) zu benachrichtigen:

☐ Im Falle eines positiven Testergebnisses darf mein Kind den Heimweg selbständig antreten.
 (Nur Schüler ab Klasse 5)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 personenberechtigten Person