



**Hausadresse:**

Grundschule Kleinblittersdorf  
Wintringer Straße 78 66271 Kleinblittersdorf

Telefon: 06805/2008-631

**Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Coronatests und der damit verbundenen Verarbeitung personenbezogener Daten an der Grundschule Kleinblittersdorf**

Die schriftliche Information über die Einführung der Testpflicht für Schülerinnen und Schüler an Grundschulen und Förderschulen im Rahmen der Corona-Pandemie und die Information zum Datenschutz habe ich erhalten und gelesen. Den Inhalt der beiden Schreiben habe ich verstanden.

Ich erkläre mich hiermit damit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter an den in der Schule stattfindenden Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 (Coronavirus) in der Schule teilnimmt. Mir ist bekannt, dass die Tests zweimal in der Woche innerhalb der für die Testungen mit den Ärzten vereinbarten Zeiträume in der Schule durchgeführt werden. Die Tests sind Antigen-Schnelltests und werden von Ärztinnen und Ärzten und/oder deren Personal entweder über einen Nasen-Rachen-Abstrich, Rachen-Abstrich oder Abstrich im vorderen Nasenbereich (sog. „Popeltest“) je nach Vorgaben des Testherstellers durchgeführt. In der Regel findet ein Nasen-Abstrich („Popeltest“) statt. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Nicht-Teilnahme an den Tests zu einem Betretungsverbot der Schule führt, außer es wird ein alternativer negativer Testnachweises vorgelegt.

Ich stimme zu, dass bei dieser Testung die untenstehenden personenbezogenen Daten über mein Kind und mich, darüber hinaus der Name der Schule und das Datum der Testung verarbeitet werden (siehe Information zum Datenschutz). Ich weiß, dass diese Zustimmung ohne Angabe von Gründen ohne Nachteile jederzeit widerrufen werden kann. Eine Testung ohne das Einverständnis zur Datenverarbeitung ist jedoch nicht möglich.

Mir ist ebenfalls bekannt, dass bei positivem Testergebnis die Schule mich und das Gesundheitsamt wie beschrieben informiert. Mein Kind muss dann von der Schule abgeholt werden. Mein Kind sollte sich, bis andere Informationen vom Gesundheitsamt vorliegen, in häusliche Isolation begeben.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden,

Ihr Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

dass mein Kind \_\_\_\_\_ (Vor- und Nachname des Kindes)

Klasse: \_\_\_\_\_ an den Schultestungen auf das Coronavirus teilnimmt.

Um mich im Falle eines positiven Testergebnisses zu informieren bin ich unter folgender Telefonnummer erreichbar:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift der/des  
Erziehungsberechtigten\*

Unterschrift der Schülerin/des  
Schülers  
(ab Klassenstufe 9)

\*Ich bestätige hiermit, dass ich von dem anderen Erziehungsberechtigten bevollmächtigt bin, die Einwilligungserklärung auch in seinem/ihrer Namen zu unterschreiben.