

### III. 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:	
Klasse/Kursstufe:	

#### Daten der Sorgeberechtigten bei Minderjährigen

Nachname:	
Vorname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ:	
Ort:	

#### 1. Datenschutzrechtliche Einwilligung

Hiermit willige ich/willigen wir ein, dass die Schule mit unserem Kind in der Woche ab dem 12. April 2021 zwei Selbsttestungen auf SARS-Cov-2 durchführen und die damit verbundene Datenverarbeitung einschließlich der Erhebung des Testergebnisses und der Speicherung dieser Erklärung bis zum 30.04.2021 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 personenberechtigten 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  
Person über die folgende Telefonnummer(n) zu benachrichtigen:

---

Name der Person

Telefonnummer

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 personenberechtigten Person;  
bei Volljährigen alleinige Unterschrift der Schülerin  
bzw. des Schülers.