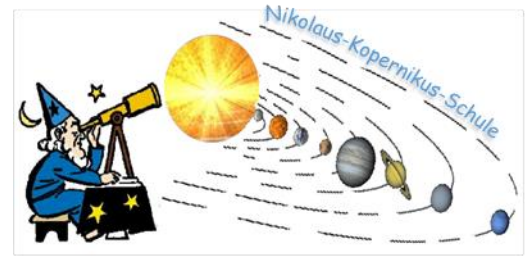


Name der Schule

Nikolaus-Kopernikus-Schule GWRS Hügelsheim

Ontario Straße 14 +16

76549 Hügelsheim



Einverständniserklärung zur PoC-Antigen-Testung

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

Schüler/Schülerin

Vorname, Nachname: _____ Klasse: _____

geb. am: _____

Daten eines Sorgeberechtigten bei Minderjährigen

Vorname, Nachname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVIDI 9-Infektion und zur verbundenen Datenweitergabe

Hiermit erkläre ich/erklären wir, dass mein/unser Kind

- ab der Geltung der geänderten Corona-Verordnung des Landes Baden-Württemberg max. 2 x pro Woche an kostenlosen Selbsttests zur Erkennung einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 Virus in der Schule teilnimmt.
- und zwar auch insoweit, als dies nicht rechtliche Voraussetzung für die Teilnahme am Präsenzunterricht bzw. zur Vermeidung eines Verbots des Zutritts zu Schulgelände ist.

Diese Erklärung umfasst auch die Zustimmung zur Vorführung und Erläuterung des Selbsttests sowie zur Beaufsichtigung durch Personen, die von der Schule dafür eingesetzt werden.

- Im Falle eines positiven Testergebnisses bitten wir/bitte ich, mich/die folgende zur Obhutsübernahme berechtigte Person über die folgende Telefonnummer(n) zu benachrichtigen:
- Im Falle eines positiven Testergebnisses darf mein Kind den Heimweg selbständig antreten.

Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich gegenüber der Schulleitung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen 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 und 7, 9 Abs. 1 Nr. 1 und Absatz 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.

Vor- und Zuname: _____

(Druckbuchstaben der/des Personenberechtigten)

Ort/Datum

Unterschrift (der/des Personenberechtigten)