

**Einverständniserklärung 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:	
Telefonnummer(n):	

Hiermit erkläre ich / erklären wir, dass mein / unser Kind / dass ich (bei volljährigen Schülerinnen und Schülern) je nach geltender Corona-Verordnung des Landes Baden-Württemberg maximal zweimalig pro Woche an kostenlosen Selbsttests zur Erkennung einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 Virus in der Schule teilnimmt / teilnehme.

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

Soweit die Schülerin/der Schüler nicht volljährig: Im Falle eines positiven Testergebnisses bitten wir/bitte ich, mich/die folgende zur Obhutsübername 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.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Vor- /Zuname in Druckbuchstaben der/des  
unterschreibenden Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des  
Personensorgeberechtigten  
(außer bei volljähr. Schülern)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Schülerin bzw. des Schülers