

Einverständniserklärung zur Selbstanwendung von SARS-CoV-2- Antigen-Selbsttests bei Schülerinnen und Schülern an der Gesamtschule im Gartenreich

Name, Vorname der Schülerin oder des Schülers: _____

Klasse: _____

Hiermit gebe ich mein Einverständnis als Erziehungsberechtigte/r, dass mein Kind an den in der Schule angebotenen SARS-CoV-2-Antigen-Selbsttests teilnehmen darf.

- Die Einverständniserklärung gilt ausschließlich vom 02.09. – 19.09.2021 (verpflichtende Testung in der Schule 3x pro Woche).**
- Die Einverständniserklärung gilt bis zum Ende des Schuljahres 2021/2022 und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.**

Hinweis: Da ab dem Schuljahr 2021/2022 eine Präsenzplicht besteht, müssen Schüler/innen, die nicht an der Testung teilnehmen abgeholt werden und fehlen somit unentschuldigt.

Ort, Datum _____

Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten: _____