

**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 bis zum Ende des Schuljahres 2020/2021 und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten: _____