Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion

Schule (vollständige Anschrift): Staatliche Gemeinschaftsschule Weimar, Gropiusstraße 1, 99423 Weimar

Angaben zur **Schülerin**/zum **Schüler**

Name: | Vorname:

Geburtsdatum:

Daten eines **Sorgeberechtigten** bei Minderjährigen

Name: | Vorname:

Anschrift: Straße: | Hausnummer:

PLZ: | Ort:

tel. Erreichbarkeit:

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion und zur damit verbundenen Datenweitergabe

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an einem PoC-Antigen-Test zum Ausschluss einer COVID-19-Infektion in der Schule teilnimmt. Mir ist bewusst, dass bei einem positiven Testergebnis mein Kind die Schule sofort verlassen und sich direkt in häusliche Isolation begeben muss, und dass ich außerdem unverzüglich das Gesundheitsamt an meinem Wohnort über ein positives Testergebnis informieren muss.

Ich willige auch ein in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Durchführung eines PoC-Antigen-Tests zum Ausschluss einer COVID-19 Erkrankung. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten an Dritte findet statt.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ab Zugang der Erklärung dürfen meine Daten bzw. die meiner Tochter / meines Sohnes nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung werde ich an die Schule richten (Adresse der Schule):

Staatliche Gemeinschaftsschule Weimar
Gropiusstraße 1
99423 Weimar

Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.

Ort, Datum

_____

Unterschrift der volljährigen Schülerin / des volljährigen Schülers bzw. eines Sorgeberechtigten