

Einwilligungserklärung für minderjährige Schülerinnen und Schüler

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen Selbsttests bzgl. einer COVID-19-Infektion

Schule: Berufsschulzentrum am Westerberg
Stüvestraße 35
49076 Osnabrück

Angaben zur Schülerin/zum Schüler:

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Daten eines Sorgeberechtigten:

Name: Vorname:

Anschrift: Straße: Hausnummer:

PLZ: Ort:

tel. Erreichbarkeit:

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Antigen-Selbsttests in der Schule.

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an Antigen-Selbsttests in der Schule teilnimmt.

Mir ist bewusst, dass bei einem positiven Selbsttestergebnis mein Kind das Schulgelände möglichst zeitnah verlassen und sich direkt in häusliche Isolation begeben muss. Daher werde ich mein Kind möglichst zeitnah von der Schule abholen.

Ich nehme Kontakt zu meinem Arzt oder meiner Ärztin bzw. einem Testzentrum auf und lasse für mein Kind einen PCR-Test zur Verdachtsabklärung vornehmen.

Das Gesundheitsamt an meinem Wohnort wird von der Schule über ein positives Selbsttestergebnis informiert.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Eine Widerrufserklärung werde ich ggf. an die Schule richten: Berufsschulzentrum am Westerberg, Stüvestr. 35, 49076 Osnabrück.

Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir bzw. meinem Kind keine Nachteile.

Ort, Datum und Unterschrift eines oder einer Sorgeberechtigten

Hinweis nach Art. 13 DSGVO: Im Falle eines positiven Testergebnisses werden die personenbezogenen Daten Ihres Kindes auf Grundlage des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben.