**Einverständniserklärung der/s Erziehungsberechtigten**

**für die Durchführung eines Antigen-COVID-19-Tests**

Hiermit willige ich als Erziehungsberechtigte/r ein, dass bei

Name des Schülers/der Schülerin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gesetzlich vertreten durch mich (Name):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ein Schnelltest von fachkundigem Personal oder ein Selbsttest unter Anleitung selbst bzw. bedarfsweise mit Unterstützung einer Lehrkraft durchgeführt werden darf.

Diese Einwilligung gilt für alle Testungen des/der oben genannten Schülers/Schülerin im Schuljahr 2020/2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten