

Erklärung zur freiwilligen Durchführung von COVID-19-Selbsttests an Schulen in der Warnstufe 1/ 2

Ab dem Erreichen der Warnstufe 1 bzw. 2 können Sie/kann Ihr Kind freiwillig zwei COVID-19-Selbsttests pro Woche in der Schule durchführen.

Angaben zum/r Schüler/in

.....
Name Vorname

.....
Geburtsdatum

Daten eines Sorgeberechtigten bei Minderjährigen

.....
Name Vorname

.....
Telefonische Erreichbarkeit:

Bitte beachten:

Diese Erklärung betrifft nicht die Vornahme von Testungen, die durch das Gesundheitsamt aufgrund infektionsschutzrechtlicher Vorgaben angeordnet werden können. Darüber wird das Gesundheitsamt Sie bzw. die Sorgeberechtigten informieren.

Ich stimme der Durchführung einer COVID-19-Selbsttestung für mich/mein Kind in der Schule zu.

Ich willige ein in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten von mir bzw. meinem Kind. Die Datenverarbeitung erfolgt zur Dokumentation der Erklärung zur Durchführung von COVID-19-Selbsttests, der Durchführung der Selbsttestung, Meldung an zuständiges Gesundheitsamt bei positivem Testergebnis eines in der Schule durchgeführten Tests und des Gesundheitsschutzes der Schüler*innen, der Lehrkräfte, des sonstigen Schulpersonals sowie der Allgemeinheit.

Ich widerspreche der Durchführung einer COVID-19-Selbsttestung für mich/mein Kind in der Schule.

Ich willige ein in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten von mir bzw. meinem Kind. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Dokumentation der Erklärung zur Durchführung von COVID-19-Selbsttests. Eine

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile. Ab Zugang der Erklärung dürfen meine Daten bzw. die meines Kindes 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:

Regelschule Straußfurt, Feldstraße 2a, 99634 Straußfurt

.....
Adresse der Schule

.....
Ort, Datum Unterschrift eines Sorgeberechtigten bzw. Schüler/in