

**Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Selbsttestung mittels PoC-Antigen-Test
(Erkennung einer COVID-19-Infektion an der Schule)**

Name, Vorname	
Klasse	

Daten der Sorgeberechtigten bei Minderjährigen

Name, Vorname	
Adresse	
Telefonisch erreichbar unter	

Hiermit erkläre ich / erklären wir,

dass mein / unser Kind bzw. dass ich (bei volljährigen Schülerinnen und Schülern

maximal zweimalig pro Woche an kostenlosen Selbsttests zur Erkennung einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 Virus in der Schule teilnimmt/ teilnehme,

und zwar auch insoweit, als dies nicht rechtliche Voraussetzung für die Teilnahme am Präsenzunterricht ist (falls 7-Tages-Inzidenz im Rems-Murr-Kreis unter 100)

Diese Erklärung kann jederzeit gegenüber der Schulleitung widerrufen werden.

Datum, Unterschrift ErziehungsberechtigteR bzw. volljährigeR SchülerIn