Geschwister-Scholl-Schule
Konstanz

Einverständniserklärung zur Teilnahme Corona PCR-Pool-Schultestung mit Datenverarbeitung

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an, überprüfen und korrigieren die nachfolgenden Daten ein und **geben die Erklärung beim Elternabend oder umgehend über Ihr Kind spätestens bis zum 8.10.21 in der Schule** ab:

☐ Ich stimme der Teilnahme zu.

↓

☐ Ich lehne die Teilnahme ab und sorge künftig selbst und auf eigene Kosten für die erforderliche Testung meines Kindes

Name des Kindes:
Geburtsdatum:
Anschrift:

Folgende Daten der Hauptansprechperson werden zum Zweck der Information über das Testergebnis weitergegeben.

Bitte beachten Sie, dass eine Angabe von E-Mail-Adresse **und** Mobiltelefonnummer erforderlich ist, um im Falle eines positiven Pools umgehend benachrichtigt werden zu können.

Erziehungsberechtigter 1 (Hauptansprechperson)	**Erziehungsberechtigter 2**
Name	Name
Mobilnummer	Mobilnummer
E-Mail	E-Mail
	☐ Bitte verwenden Sie diese Person in Zukunft als Hauptansprechperson.

Mir ist bekannt, dass die Testteilnahme durch die Schule dokumentiert wird.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten bzw. die meines Kindes nicht mehr weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen.
Meine Widerrufserklärung werde ich direkt an die Schule richten.

➔ Hinweis: in diesem Fall kann eine Testung über das PCR Poolverfahren nicht mehr erfolgen und Sie sind verpflichtet, die für die Schule notwendige Testung in eigener Verantwortung und auf eigene Kosten in einer offiziellen Testeinrichtung zu regeln. Ohne Testnachweis (oder Immunisierungsnachweis) besteht ein Zutrittsverbot zur Schule.

Ort, Datum

Unterschrift einer/s Erziehungsberechtigten/voll bzw. volljährige/r SchülerIn