

Einverständniserklärung zur Durchführung eines Antigen-Schnelltests („Selbsttest“) in der Schule ab dem 28. April 2021

Ab dem 28. April 2021 dürfen Personen die Schule nur noch betreten, wenn ein negativer Test auf das SARS-CoV-2-Virus vorliegt, der nicht älter als 24 Stunden ist.

Ist der Test positiv, ist die Schule gem. Art. 6 Abs. 1, c), Art. 9 Abs. 2, i) Datenschutz-Grundverordnung (DS GVO) i. V. m. §§ 6, 8 Infektionsschutzgesetz (IfSG) dazu verpflichtet, Sie über Ihr positives Testergebnis bzw. das Ihres Kindes zu informieren und Ihre Daten bzw. die Ihres Kindes (Name, Geburtsdatum und Gesundheitsdaten) an die zuständige Gesundheitsbehörde weiterzuleiten. Das ist erforderlich, um Sie/Ihr Kind eindeutig zu identifizieren und ggf. mit Ihnen in Kontakt zu treten.

Es wird darauf hingewiesen, dass in der Schule unter anderem der AMP Rapid Test SARS CoV 2 Ag verwendet wird. Der Hersteller empfiehlt die Testdurchführung für Kinder unter 11 Jahren unter der Aufsicht von Lehrkräften, Erziehungsberechtigten oder sonstigem Personal, das zusätzlich die Sicherheit der Kinder gewährleistet. In den Schulen in Mecklenburg-Vorpommern ist eine Aufsicht sichergestellt, sodass die Selbsttests im Klassen- bzw. Kursverband im Klassenraum unter Anleitung der Lehrkräfte auch bei jüngeren Kindern durchgeführt werden können.

Mit meiner Unterschrift **willige ich ein**, dass ich / mein Kind die Selbsttestung in der Schule durchführen darf.

Ein Widerruf dieser Einverständniserklärung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft möglich (postalisch, per E-Mail oder Fax an die Schule).

	Angaben zur Schule
	Name
	vollständige Anschrift

	Angaben zur Schülerin/zum Schüler		
	Name	Vorname	Geburtsdatum

	Angaben zu den Erziehungsberechtigten (nur bei minderjährigen Schülerinnen und Schülern) Der Begriff "Erziehungsberechtigte" wird gemäß Schulgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern verwendet, wonach Erziehungsberechtigte diejenigen sind, denen nach bürgerlichem Recht die Sorge für die Person des Kindes zusteht (vgl. § 138 Absatz 2 SchulG M-V).		
1.	Name	Vorname	☐ Sorgeberechtigte/r
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
	Telefon mit Vorwahl / Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit		
2.	Name	Vorname	☐ Sorgeberechtigte/r
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
	Telefon mit Vorwahl / Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit		

Ich willige/wir willigen ein, dass ich/mein/unser Kind an den in der Präsenzwoche in der Schule durchgeführten SARS-CoV2-Selbsttests teilnehme/teilnimmt.

	Ort, Datum	Unterschrift der Eltern/der volljährigen Schülerin/des volljährigen Schülers
--	------------	--