

[Schulstempel]

GESCHWISTER-SCHOLL-GYMNASIUM
Karl-Liebknecht-Straße 31
06526 Sangerhausen
Tel. 03464/515013 u. 674023 Fax 674014

**Einverständniserklärung zur Selbstanwendung von
SARS-CoV-2-Antigen-Selbsttests
bei Schülerinnen und Schülern**

Diese Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf.

Name der Schülerin oder des Schülers:

Klasse:

Ich habe die Produkt- und Anwendungsinformationen zu den aktuell in den Schulen des Landes Sachsen-Anhalt angebotenen SARS-CoV-2-Antigen-Selbsttests zur Kenntnis genommen.

Die oben genannte Schülerin / der oben genannte Schüler darf an den in der Schule angebotenen SARS-CoV-2-Antigen-Selbsttests teilnehmen.

Bezeichnung des Antigen-Selbsttests:

Ja: []

Nein: []

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Ort und Datum:

Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten: