|  |  |
| --- | --- |
| [Schulstempel der Einrichtung] | |
| **Einverständniserklärung zur Selbstanwendung von**  **SARS-CoV-2 Antigen-Selbsttests**  **bei Schülerinnen und Schülern** | |
| 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. Diese sind im Internet unter <https://www.roche.de/patienten-betroffene/informationen-zu-krnkheiten/covid-19/sars-cov-2-rapid-antigen-test-patienten/> bzw. unter <https://www.teda-medical.de/antigen-test-2> abrufbar.  Die oben genannte Schülerin/der oben der oben genannte Schüler darf an den während der 15. bis 17. Kalenderwoche (12.04.bis 30.04.21) in der Schule angebotenen SARS-CoV-2-Antigen-Selbsttests teilnehmen.  Hinweis  Bei fehlender Zustimmung zur Durchführung der Testungen oder der Vorlage einer Qualifizierte Selbstauskunft über das Vorliegen eines negativen Antigen- Selbsttests zum Nachweis des SARS-CoV-2 Virus, darf die Schülerin oder der Schüler nicht am Präsensunterricht oder an der Notbetreuung teilnehmen bzw. die Schule betreten. | |
| Ja: [ ] | Nein: [ ] |
| Zutreffendes bitte ankreuzen. | |
| Ort und Datum: | |
| Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten: | |