

## **Einwilligungserklärung für minderjährige Schülerinnen und Schüler**

### **Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Abstrichen zur PCR zum Nachweis einer COVID-19-Infektion, durch das Gesundheitsamt Goslar**

**Schule:** Ratsgymnasium Goslar  
Schilderstr. 10/11  
38640 Goslar

#### Angaben zur **Schülerin/zum Schüler**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

#### Daten eines **Sorgeberechtigten**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift:

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

### **Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Abstrichen zur PCR in der Schule**

Hiermit willige ich ein, dass mein Kind an einem Abstrich für eine PCR-Testung teilnimmt, sollte dies notwendig sein. Dies ist u.a. der Fall, wenn die Ermittlungen des Gesundheitsamtes ergeben, dass mein Kind im Rahmen des Schulbesuches Kontakt zu einer positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Person hatte.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Meine Widerrufserklärung werde ich an die Schule richten (Adresse der Schule):

Aus der Nichterteilung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift eines oder einer Sorgeberechtigten