

## Einverständniserklärung

(bitte ausfüllen, unterschreiben und an die Schule zurückgeben)

Mein Kind

\_\_\_\_\_

(Nachname)

\_\_\_\_\_

(Vorname)

\_\_\_\_\_

(Geburtsdatum)

besucht in Freiburg die Schule

Wentzinger Realschule

\_\_\_\_\_  
(Name der Schule)

Das Schreiben der Stadt Freiburg vom 05.03.2021 habe ich erhalten und gelesen. Bei einer Corona-Infektion in der Schule kann ein mobiles Team einen Mund-/Rachenabstrich durchführen (Antigenschnelltest).

Bitte ankreuzen:

- Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind ein Corona-Virus (SARS-CoV-2) Antigen-Schnelltest durchgeführt wird.
- Ich bin nicht damit einverstanden, dass bei meinem Kind ein Corona-Virus (SARS-CoV-2) Antigen-Schnelltest durchgeführt wird.

Tragen Sie bitte hier die Angaben zur/zum Personensorgeberechtigten ein:

\_\_\_\_\_

(Nachname)

\_\_\_\_\_

(Vorname)

\_\_\_\_\_

(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_

(Straße und Hausnummer)

\_\_\_\_\_

(Postleitzahl)

\_\_\_\_\_

(Ort)

\_\_\_\_\_

(Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)