

## Einverständniserklärung für freiwillige SARS-CoV2-Selbsttests

Im Rahmen der Teststrategie des Landes Mecklenburg-Vorpommern für den Schulbereich erhalten alle Schülerinnen und Schüler das Angebot, je Präsenzwoche, in der sie an mindestens einem Tag in der Schule im Präsenzunterricht sind, einen Selbsttest durchzuführen. Die Testung erfolgt **freiwillig** und **kostenlos**. Die Schülerinnen und Schüler führen den Test selbst durch. Die Lehrkräfte erklären den Schülerinnen und Schülern die Anwendung des Selbsttests anhand der Gebrauchsanleitung und beaufsichtigen die Testdurchführung.

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.

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	Regionale Schule > <b>Käthe Kollwitz</b> <
Vollständige Anschrift	17389 Anklam, Mühlentstraße 8 d Telefon 03971 / 21 05 74 Telefax 03971 / 21 35 26

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	<input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/r
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
	Telefon mit Vorwahl / Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit		
2.	Name	Vorname	<input type="checkbox"/> 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 einem SARS-CoV2-Selbsttest je Präsenzwoche in der Schule teilnehme/teilnimmt.**

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