

Dr.-Walter-Bruch-Schule

Berufsbildungszentrum St. Wendel



Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Coronatests und der damit verbundenen Verarbeitung personenbezogener Daten an der Dr.-Walter-Bruch-Schule St. Wendel

Die schriftliche Information zu den PoC-Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 (Corona) an der Schule und die Information zum Datenschutz habe ich erhalten und gelesen. Den Inhalt der beiden Schreiben habe ich verstanden.

Ich erkläre mich hiermit damit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter an den Antigen Schnelltests auf SARS-CoV-2 (Coronavirus) in der Schule teilnimmt. Mir ist bekannt, dass dieses Angebot nur an den Präsenztagen meines Kindes und innerhalb der für die Testungen mit den Ärzten vereinbarten Zeiträume in der Schule besteht. Die Tests sind Antigen-Schnelltests und werden von Ärztinnen und Ärzten und/oder deren Personal in der Regel über einen Nasen-Rachen-Abstrich durchgeführt. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an den Tests freiwillig ist und daher auch jederzeit abgebrochen werden kann. Mir ist bekannt, dass bei dieser Testung die untenstehenden personenbezogenen Daten über mein Kind und mich, darüber hinaus der Name der Schule und das Datum der Testung verarbeitet werden (siehe Information zum Datenschutz). Ich weiß, dass diese Zustimmung ohne Angabe von Gründen ohne Nachteile jederzeit widerrufen werden kann. Eine Testung ohne das Einverständnis zur Datenverarbeitung ist jedoch nicht möglich.

Mir ist ebenfalls bekannt, dass bei positivem Testergebnis die Schule mich und das Gesundheitsamt wie beschrieben informiert. Mein Kind muss dann von der Schule abgeholt werden. Mein Kind sollte sich, bis andere Informationen vom Gesundheitsamt vorliegen, in häusliche Isolation begeben.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden,

Ihr Vor- und Nachname: _____ dass
mein Kind _____ (Vor- und Nachname des Kindes)

Klasse: _____ an den Schultestungen auf das Coronavirus teilnimmt.

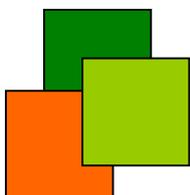
Um mich im Falle eines positiven Testergebnisses zu informieren bin ich unter folgender Telefonnummer erreichbar:

Telefonnummer: _____

Datum

Unterschrift der/des
Erziehungsberechtigten*

Unterschrift der Schülerin/des
Schülers
(ab Klassenstufe 9)



Dr.-Walter-Bruch-Schule



Berufsbildungszentrum St. Wendel

Technisch-gewerblicher Bereich

Werschweilerstr. 41 66606 St. Wendel

Name des Schülers/der Schülerin: _____

Vorname des Schülers/der Schülerin: _____

Klasse: _____

Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Ihr Sohn/Ihre Tochter vom Angebot des Schnelltests Gebrauch machen möchte:

zweimal wöchentlich

einmal wöchentlich

vierzehntägig

gar nicht

Mir ist bekannt, dass durch das Ankreuzen kein Anspruch auf einen Test weder an einem bestimmten Tag noch in einer bestimmten Regelmäßigkeit hergeleitet werden kann. Die Testung erfolgt nach Testkapazitäten an der Schule.

Datum	Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten*	Unterschrift der Schülerin/des Schülers (ab Klassenstufe 9)
Kaufm. Bereich Jahnstr. 14, 66606 St. Wendel Telefon 06851 801-6800 Telefax 06851 801-6810 E-Mail: kbbz@dr-walter-bruch-schule.de Internet: www.dr-walter-bruch-schule.de	Sozialpflg. Bereich Wendalinusstr. 26, 66606 St. Wendel Telefon 06851 801-6830 Telefax 06851 801-6840 E-Mail: sbbz@dr-walter-bruch-schule.de Internet: www.dr-walter-bruch-schule.de	Techn.-gewerbl. Bereich Werschweilerstr. 41, 66606 St. Wendel Telefon 06851 801-6860 Telefax 06851 801-6870 E-Mail: tgbbz@dr-walter-bruch-schule.de Internet: www.dr-walter-bruch-schule.de

Zertifizierte Schule nach DIN EN ISO 9001:2015