



**Alexandrine  
Hegemann**  
BERUFSKOLLEG  
Schule des Bistums Münster  
Gesundheit und Soziales

### Erklärung 1

#### Einwilligung Selbsttest

(Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen)

**Vor- und Zuname Ihres Kindes:** \_\_\_\_\_

**Klasse/Jahrgangsstufe Ihres Kindes:** \_\_\_\_\_

**Wohnadresse:** \_\_\_\_\_

**Telefon-Nr. d. Erziehungsberechtigten:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse d. Erziehungsberechtigten:** \_\_\_\_\_

**Ich willige ein, dass mein unter 18-jähriges Kind bei sich selbst einen Selbsttest vornimmt.**

**Ort:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters)

**Name (in Blockbuchstaben):** \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie Ihrem Kind die unterschriebene Einverständniserklärung in die Schule mit.  
Sie wird dort aufbewahrt.**