



Zustimmungserklärung

zur Durchführung des SARS-COV-2-Antigen-Schnelltests für Kinder von 6 bis
14 Jahren

Daten des Kindes

| | | |
|------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|

| | | |
|---------|--------------------|-------------|
| Telefon | Straße, Hausnummer | PLZ/Wohnort |
|---------|--------------------|-------------|

Ich/Wir stimme(n) der Durchführung des SARS-COV-2-Antigen-Schnelltests für Kinder von 6 bis 14 Jahren zu.

Vor- und Zuname Erziehungsberechtigte/r

| | |
|------------|--------------------------------------|
| Datum, Ort | Unterschrift Erziehungsberechtigte/r |
|------------|--------------------------------------|

Bei der Durchführung des SARS-COV-2-Antigen-Schnelltests für Kinder von 6 bis 14 Jahren ist die Anwesenheit eines Erziehungsberechtigten notwendig.