

Schulstempel
Einverständniserklärung zur Selbstanwendung von SARS-CoV-2-Antigen-Selbsttests bei Schülerinnen und Schülern
Name der Schülerin oder des Schülers
Klasse
Ich habe die Produkt- und Anwendungsinformationen zu den aktuell in den Schulen des Landes Sachsen-Anhalt angebotenen SARS-CoV-2-Antigen- Selbsttests zur Kenntnis genommen.  Die oben genannte Schülerin/der oben genannte Schüler darf an den in der Schule angebotenen SARS-CoV-2-Antigen-Selbsttests teilnehmen.  <b>Diese Erklärung gilt bis auf Widerruf.</b>
Bezeichnung des Anigen-Selbsttests: NASOCHECK comfort Antigen Schnelltest von LEPU MEDICAL zur Anwendung im vorderen Nasenbereich
JA ( ) NEIN ( )
Zutreffendes bitte ankreuzen
Ort und Datum:
Unterschrift einer/ eines Erziehungsberechtigten: