



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 stimmen 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.