

Erklärung zur Teilnahme von Kindern mittels eines sogenannten „Lollitests“ zur Erkennung einer COVID-19-Infektion in der Kita Testangebot vom 13.09.-30.09.2021

Nachname, Vorname Kind: _____

Anschrift: _____

Gruppe: _____

Kontaktdaten der Sorgeberechtigten:

Nachname, Vorname: _____

TELEFONNUMMER, unter der Sie im Falle eines positiven Testergebnisses zu erreichen sind:

Nachname, Vorname: _____

TELEFONNUMMER, unter der Sie im Falle eines positiven Testergebnisses zu erreichen sind:

Hiermit erkläre ich / erklären wir, - dass mein / unser Kind –

an der kostenlosen freiwilligen Testung mittels eines sogenannten „Lollitests“ zur Erkennung einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 Virus im Kinderhaus teilnimmt. Es erfolgen zwei Test pro Woche, i.d.R. Montag und Donnerstag.

Im Falle eines positiven Testergebnisses werden ich/werden wir telefonisch unter der angegebenen Telefonnummer informiert.

Ich/wir hole/n unser Kind umgehend aus der Einrichtung ab und lassen einen PCR-Test durchführen.

Unterschrift

Unterschrift

Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich gegenüber der KiHa-Leitung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die im Falle eines positiven Testergebnisses bestehende gesetzliche Meldepflicht der Einrichtung gemäß §§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. t, 8 Abs. 1 Nr. 2 und 7, 9 Abs. 1 Nr. 1 und Absatz 2 i.V.m. §§ 36 Abs. 1 Nr.1 und 33 Nr. 3 Infektionsschutzgesetz im Falle eines positiven Testergebnisses gegenüber dem zuständigen Gesundheitsamt bleibt hiervon unberührt.

Datum Unterschrift

Vor- /Zuname in Druckbuchstaben der/des unterschreibenden Personensorgeberechtigten

Datum Unterschrift

Vor- /Zuname in Druckbuchstaben der/des unterschreibenden Personensorgeberechtigten