



## Einwilligungserklärung

Hiermit willige/n ich/wir:

\_\_\_\_\_ (Name/n \_\_\_\_\_ des/der  
Erziehungsberechtigten/ der Sorgeberechtigten) ein, dass ein vertraute/r  
Teilhabeassistent/in aus dem Klassenteam, durch eine enge Betreuung und  
bei Bedarf mit physischer Unterstützung, mein Kind  
(Name, Vorname) \_\_\_\_\_ bei der Durchführung  
eines Antigen-Selbsttestes unterstützen darf.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift eines Elternteils)