



**Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten  
zur Durchführung eines SARS-CoV-2 Antigen POC Schnelltest  
am Testzentrum der Gemeinde Schmelz**

Hiermit erkläre ich,

Nachname, Vorname  
Erziehungsberechtigte/r:

---

Adresse:

---

Geb.Datum, Geb.Ort:

---

Telefonnummer:

---

dass ich mit dem SARS-CoV-2-Abstrich bei meinem Sohn / meiner  
Tochter

Nachname, Vorname  
Kind:

---

Adresse:

---

Geb.Datum, Geb.Ort:

---

einverstanden bin.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten