

schultesten@tg.ch  
Frauenfeld, 29. September 2021

**Einverständniserklärung zum Covid-19-Testen** (1. – 6. Primarschulklassen)

→ Abgabe ausgefülltes Formular an Klassenlehrperson

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Vorname Kind          |  |
| Nachname Kind         |  |
| Schule/Klasse         |  |
| Handy-Nummer Eltern   |  |
| E-Mail-Adresse Eltern |  |

- Ja, ich bin einverstanden**, dass mein/unser Kind im Rahmen des präventiv-repetitiven Testens mit Speichelproben (Spucktests) auf Covid-19 getestet werden darf.
- Nein, ich bin nicht einverstanden**, dass mein/unser Kind im Rahmen des präventiv-repetitiven Testens auf Covid-19 getestet werden darf.

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

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_

- *Ihre Angaben werden von der Schulgemeinde vertraulich behandelt.*
- *Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.*