

**Einverständniserklärung der gesetzlichen Vertreter für die
Durchführung eines PoC-Antigen Schnelltest**

Für die Durchführung eines PoC-Antigen Schnelltest unserer Tochter/Sohn

Vorname / Name	
Geburtsdatum	
Anschrift	

erteile ich die Vollmacht.

Vorname, Nachname _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter