

## Einverständniserklärung

Ich, \_\_\_\_\_ (Name eines Erziehungsberechtigten),  
bin damit **einverstanden**,  
dass meine Tochter/mein Sohn, \_\_\_\_\_ (Name des Kindes)  
im Testzentrum Bürgersaal Vogelstang, Freiburger Ring 6, 68309 Mannheim  
**auf Covid19 getestet wird.**

Mannheim, 9.10.2020

\_\_\_\_\_  
Unterschrift