

## Einwilligungserklärung zur Speicherung von personenbezogenen Daten

Wir sind damit einverstanden, dass die unten genannten Daten unseres Kindes 4 Wochen gespeichert werden, damit eine etwaige Infektionskette nachverfolgt werden kann. Die Daten werde ausschließlich zu diesem Zweck gespeichert und nur im Verdachtsfall an das Gesundheitsamt Main-Spessart in Karlstadt weitergeleitet.  
Die Daten werden nach 4 Wochen gelöscht.

Nachname, Vorname Kind	
Geburtsdatum Kind	
Nachname, Vorname Eltern	
Nachname, Vorname Eltern	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	

---

Ort, Datum

Unterschrift **beider** Eltern (Personensorgeberechtigter)