

## Einverständniserklärung

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)

---

Geburtsdatum

---

Anschrift

---

Hiermit bin ich einverstanden, dass meine Tochter / mein Sohn gegen COVID-19 geimpft werden darf.

---

Ort, Datum

---

Erziehungsberechtigten