

Meine/unsere Tochter/mein/unsere Sohn

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Klasse

- wird an der COVID-19-Impfung an der Schule teilnehmen.
- möchte die Zweitimpfung an der Schule erhalten.
- soll nicht geimpft werden.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Erziehungsberechtigten