

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**
Abteilung Gesundheit

Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten

☞ Bitte geben Sie dieses Formular ausgefüllt und unterzeichnet Ihrer Tochter / Ihrem Sohn in die Schule mit. Besten Dank.

Personalien des Kindes (**Schreibweise wie auf der ID, Reisepass oder Ausländerausweis**):

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	
Strasse, Nr.	
PLZ, Wohnort	
Klasse:	
Mobiltelefon-Nr. für Zertifikatdownload	

Bitte kreuzen Sie Ja oder Nein an:

<input type="checkbox"/>	Ja , wir sind damit einverstanden, dass unsere Tochter/ unser Sohn in der Schule gegen Covid-19 geimpft wird.
<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja, bitte diese Frage beantworten:</i> Wir bestätigen, dass uns keine Allergie unserer Tochter/ unseres Sohnes auf Polyethylenglykol 2000 (Macrogol) oder Tromethamin bekannt ist.
<input type="checkbox"/>	Nein , wir wünschen nicht, dass unsere Tochter/ unser Sohn in der Schule gegen Covid-19 geimpft wird bzw. unsere Tochter/ unser Sohn hat sich schon impfen lassen.

Die/der Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der Angaben:

Ort, Datum:

Name und Unterschrift mindestens eines Erziehungsberechtigten

Name: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Unterschrift: _____