

Berlin, den _____

Einverständniserklärung zu einer COVID-19 Impfung mit mRNA-Impfstoff

Hiermit gebe ich _____ als Personensorgeberechtigte/r
(Name, Vorname)

für _____, geb. am _____
(Name, Vorname der/des Schüler/in) (Geburtsdatum der/des Schüler/in)

mein Einverständnis zu einer COVID-19-Impfung mit mRNA-Impfstoff.

(Unterschrift der/des Personenberechtigten)