

SARS – CoV-2-Abstrich

Erklärung der / des Sorgeberechtigten

(Personalien der / des Minderjährigen)

Bitte in Druckschrift ausfüllen

Ich erkläre hiermit, dass ich mit dem SARS-CoV-2-Abstrich bei meinem Sohn / meiner Tochter einverstanden bin.

Name, Vornamen:

Geb.- Datum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Telefon/Mobil:

(Ort, Datum)

(Unterschrift des/der
Sorgeberechtigten)