

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, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon:
Festnetz: _____

Mobil: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift des / der Sorgeberechtigten)