



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR IMPFUNG GEGEN COVID-19

Ich, der/die Unterzeichnende, \_\_\_\_\_,

bestätige, dass ich als gesetzliche(r) Vertreter(in) handle und das Impfzentrum autorisiere mein Kind gegen COVID-19 zu impfen.

Angaben des Kindes:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Im Notfall können Sie mich auf folgenden Wegen erreichen:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters /Vertreterin:

\_\_\_\_\_