

SARS-CoV-2-Abstrich

Erklärung der / des Sorgeberechtigten

Bitte in Druckschrift ausfüllen

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

Name, Vorname:
(Sorgeberechtigte Person)

Name, Vorname:
(Sohn / Tochter)

Geb.-Datum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Telefon:
Festnetz:

Mobil:

(Ort, Datum:)

(Unterschrift des / der Sorgeberechtigten)