

## **Einverständniserklärung**

Hiermit bestätige ich, dass mein Sohn / meine Tochter:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Wohnhaft: \_\_\_\_\_

An der Belehrung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IFSG) teilnehmen darf und frei von ansteckenden Erkrankungen ist.

Ich habe das Schulungsmaterial zur Kenntnis genommen.

---

Unterschrift des Sorgeberechtigten, Ort, Datum

Die Einverständniserklärung muss bei Minderjährigen dem Gesundheitsamt am Tag der Belehrung vorgelegt werden