



Sept. _____

ERKLÄRUNG

Bitte teilen Sie uns mit, ob Ihr Kind einen wirksamen Zeckenschutz aufweist.

Mein Kind _____ hat eine Zeckenschutzimpfung erhalten:

☐ ja

☐ nein

Datum: _____

Unterschrift: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG (nur auszufüllen, wenn **kein Impfschutz** besteht)

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter _____

_____, geb. am _____, an Schulveranstaltungen im Freien
(Wandertage, Lehrausgänge, Projektwochen, Bewegung und Sport u.ä.) teilnimmt.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur ABGABE VON KALIUMJODIDTABLETTE AN DER SCHULE

Name der Schülerin/des Schülers: _____

Geburtsdatum: _____

Name der/des Erziehungsberechtigten: _____

☐ **JA**, ich erteile die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall – nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden – Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.

☐ **NEIN**, ich erteile die Einwilligung nicht.

Datum

Unterschrift