



## 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)