

# Bestätigung

über Masern-Schutzimpfung

Ich/wir bestätige/n verbindlich mit meiner/unsere  
Unterschrift, dass meine/unsere Tochter / mein/unsere  
Sohn den Impfschutz gegen Masern erhalten hat.

Name des Schülers/der Schülerin:

(Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen)

Geb. Datum:

---

Datum

---

Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)