

**Einverständniserklärung der Eltern/Personensorgeberechtigten zur Impfung mit einem mRNA-Impfstoff am OSZ IMT**

Hiermit gebe ich

Name, Vorname, \_\_\_\_\_ Personensorgeberechtigte/r für

Name, Vorname \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

mein Einverständnis zu einer COVID-19-Impfung mit einem mRNA-Impfstoff.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

