Bildungsdirektion
Salzburg

Sonderimpfaktion des Landes Salzburg COVID 19 an den Salzburger Schulen mit Bewilligung der Bildungsdirektion Salzburg
für alle Schüler*innen, die am 20.09.2021[1] das 12. Lebensjahr vollendet haben

Zustimmungserklärung des/der Erziehungsberechtigten

_____
Vor- und Zuname des /der Schülers/Schülerin

_____
Vor- und Zuname des/der Erziehungsberechtigten

_____
Adresse

Ich erkläre mich damit einverstanden,

a) dass mein Kind an der Sonderimpfaktion COVID 19 des Landes Salzburg teilnimmt
b) dass die Aufsichtspflicht im Falle eines Impfbusses von der Schule und zurück, sowie während der Zeit der Impfung von Lehrer*innen der Schule übernommen wird.

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten

[1] Kinder, die am 21. September geboren sind, haben ihr 12. Lebensjahr am 20. September vollendet.