**Selbstdeklaration der vollständig geimpften Personen gegen das SARS-CoV-2 Virus**

*Das Formular ist klassenweise in einem verschlossenen Umschlag über die Schulleitung dem zuständigen Amt der DBK einzureichen.*

|  |
| --- |
| Angaben zur Person |
| Name\* |
| Vorname\* |
| Geburtsdatum\* |
| Geschlecht\* |
| Datum, seit dem der volle Impfschutz besteht (i.d.R. 2. Impfung) (dd.mm.jjjj)\* |
| Adresse, PLZ und Ort\* |
| Schule\* |
| Klasse\* |

\* Diese Felder sind Pflichtfelder

**Ja, Meine Angaben sind wahrheitsgetreu ausgefüllt.**

(Angaben werden durch das Contact Tracing kontrolliert)

Ort, Datum, Unterschrift des urteilfähigen Jugendlichen