



**Sonderimpfaktion des Landes Salzburg COVID 19 an den Salzburger
Schulen mit Bewilligung der Bildungsdirektion Salzburg**
für alle Schüler*innen, die am 20.09.2021¹ 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.