

An den  
Kreis Stormarn  
Fachdienst Gesundheit  
Reimer-Hansen-Str. 3  
23843 Bad Oldesloe

## **E r k l ä r u n g**

Ich/Wir als Sorge-/Erziehungsberechtigte/r bin/sind damit einverstanden, dass

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_, auch

ohne meine/unsere Anwesenheit an der Belehrung gem. § 43 Infektionsschutzgesetz

teilnimmt.

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

Hinweis des Fachdienstes Gesundheit:

Diese Erklärung ist nur erforderlich für Personen unter 16 Jahren!