Tetanusimpfung / Zeckenbiss

Ich / Wir

_____

_____

(Name und Anschrift des/der Sorgeberechtigten)

bestätigen hiermit, dass

_____

(Name des Kindes)

gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) geimpft ist.

Die pädagogischen Fachkräfte dürfen mein / unser Kind auf Zecken untersuchen.

☐ Im Falle eines Zeckenbisses dürfen die pädagogischen Fachkräfte die Zecke entfernen. Die betroffene Stelle wird markiert, bei Abholung werden die Sorgeberechtigten bzw. die abholende Person informiert.

☐ Im Falle eines Zeckenbisses ist unverzüglich ein Sorgeberechtigter zu kontaktieren.

Heyen, den _____ _____

Sorgeberechtige(r) *1

*1 soweit nicht alleiniges Sorgerecht besteht, ist die Unterschrift beider Erziehungsberechtigten erforderlich