

ELTERNERKLÄRUNG FÜR MINDERJÄHRIGE TEILNEHMER DES LEHRGANGES FÜR DEN GESUNDHEITSAUSWEIS

Erklärung nach § 42/43 Infektionsschutzgesetz

Sorgeberechtigte(r):

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort

Ich erkläre hiermit, dass

<input type="checkbox"/>	meine Tochter *	<input type="checkbox"/>	mein Sohn *	* Zutreffendes bitte ankreuzen
<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Name	
geboren am:	<input type="text"/>			

gemäß § 43 Abs. 1 IfSG mündlich und schriftlich aufgeklärt werden darf und dass bei ihr/ihm keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bekannt sind.

Des Weiteren habe ich zur Kenntnis genommen, dass uns die Rechnung ggf. für den Gesundheitsausweis postalisch zugestellt wird.

Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter https://www.landkreis-zwickau.de/dsgvo_gesundheitsamt und als Aushang im Warteraum (gegenüber Zimmer 230) Verwaltungszentrum Zwickau, Haus 4, Werdauer Straße 62, 08056 Zwickau.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Ort

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Diese **Erklärung** ist von der Schülerin/dem Schüler **bitte umgehend an das Gesundheitsamt zu senden bzw. zum Termin der Belehrung** mitzubringen.