|  |
| --- |
| **Muster: Nachweis der Masernimpfung** |
| Name des Schülers / der Schülerin: ….........................................................................Name des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin/ der Lehrkraft …..........................................Geburtsdatum: …........................................................Masernimmunität nachgewiesen durch* Vorlage des Impfpasses

(Datum 1. Impfung: …..................... Datum 2. Impfung: …....................)* Vorlage eines ärztlichen Attestes, dass eine Immunität gegen Masern besteht

Impfnachweis erfolgt nicht, weil* Mitarbeiter/Mitarbeiterin/Lehrkraft vor 1970 geboren wurde
* ein ärztliches Attest vorliegt, aus dem sich ergibt, dass eine Masernimpfung aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

------------------------------------ -----------------------------------------------------------Ort, Datum Unterschrift Schulleitung |