|  |
| --- |
| **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 |