



Rückmeldebogen CoVid-19-Schutzimpfung

Wir / ich möchte/n / möchte das Angebot des Kreisgesundheitsamts Rotenburg annehmen, und unser / mein Kind bzw. unsere / meine Kinder gegen CoVid-19 impfen lassen (*bitte leserlich ausfüllen*):

Name	Vorname	Klasse
Name	Vorname	Klasse
Name	Vorname	Klasse
Wir / ich bevorzuge/n	einen Vormittagstermin	einen Nachmittagstermin
<i>Bitte entsprechenden Terminwunsch ankreuzen!</i>		
Datum	Unterschrift Erziehungsbe- rechtigter	Unterschrift Erziehungsberechtigter (<i>optional</i>)