

BESTÄTIGUNG FÜR GRIPPESCHUTZIMPfung

Die Schulleiterin/der Schulleiter bestätigt, dass

Frau/Herr _____

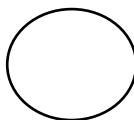
Am Schulstandort _____ beschäftigt ist.

Impfstoff: **Vaxigrip Tetra**

Sozialversicherungsnummer: _____

Krankenkassa: _____

Ort und Datum



Unterschrift Schulleitung