



---

**Nachweis der vorhandenen zweimaligen  
Schutzimpfung gegen COVID-19  
bzw.  
erfolgte Vorlage der ärztlichen Bestätigung einer  
durchgemachten COVID-19 Erkrankung**

**Die folgende Schülerin/Schüler/Maßnahmeteilnehmerin/Maßnah-  
meteilnehmer**

\_\_\_\_\_  
Name

- hat durch Vorlage des Impfausweises bzw. eines Ersatzdokuments die zweimalige Schutzimpfung gegen COVID-19 nachgewiesen.
- hat durch Vorlage einer ärztlichen Bestätigung/Genesenenachweis die durchgemachte COVID-19 Infektion nachgewiesen, gültig bis zum \_\_\_\_\_.

**Auf eine zweimalige Selbsttestung pro Woche kann nach dem aktuellen Stand verzichtet werden. Eine freiwillige zweimalige Selbsttestung pro Woche wird weiterhin empfohlen.**

---

**Datum**

**Name der Klassenleitung/Ausbildung**

Ein Exemplar für die Klasse

Ein Exemplar für die Medizinische Ambulanz