



Kontaktdatenformular Informationsabend „Mein Körper gehört mir!“ am 22.11.2021

Schule des Kindes _____

Name und Klasse des Kindes: _____
Name Klasse

Angaben zum teilnehmenden Erwachsenen

Name, Vorname

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Telefon

Email

Bitte ankreuzen:

Ich versichere, dass ich

vollumfassend gegen Covid19 geimpft bin.

an Covid 19 erkrankt und inzwischen genesen bin und dass die Erkrankung nicht länger als 6 Monate zurückliegt.

Datum, Unterschrift

SPRECHZEITEN
montags bis freitags
8.00 – 12.30 Uhr

SPARKASSE DORTMUND
BLZ 440 501 99
KONTO NR. 661 000 155