


Schule (vollständige Anschrift)  Städtisches Gymnasium „J. G. Lingemann“ Bahnhofstraße 17 37308 Heilbad Heiligenstadt Tel: 03606 / 612 412	Name der Schulleiter/des Schulleiters
Anschrift des zuständigen Gesundheitsamtes (falls erforderlich)	

Dokumentation der Prüfung des Masern-Schutzstatus auf der Grundlage § 20 Abs. 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) zum Verbleib in der Schülerakte oder zur Meldung an das zuständige Gesundheitsamt

Angaben zur Schülerin/zum Schüler:			
Name:		Vorname:	
geb.am:			
bei Minderjährigen – Daten eines Sorgeberechtigten:			
Name:		Vorname:	
Anschrift:			
Straße:		Hausnr.:	
PLZ:		Ort:	
Kontaktmöglichkeiten:			
Telefon:*		E-Mail:*	

(Angaben soweit vorhanden) *Angabe freiwillig

hat den Nachweis nach § 20 Abs. 9 IfSG

erbracht

nicht erbracht

(Das Formular ist unverzüglich an das zuständige Gesundheitsamt zu senden.)

_____ Ort und Datum	_____ Unterschrift des Schulleiters/der Schulleiterin
------------------------	--