

Weikersheim, den 3. September 2021

**Bestätigung über vollständigen Impfschutz bzw. vollständige Genesung  
der Schülerinnen und Schüler des Gymnasiums Weikersheim**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Klasse / Jahrgang: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

*(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)*

- über vollständigen Impfschutz gegen das Corona-Virus verfüge (gilt erst 14 Tage nach der 2. Impfung).  
Der Impfnachweis kann ggf. nachgereicht werden.
  
- von einer Covid-Erkrankung genesen bin.  
Eine ärztliche Bescheinigung liegt zuhause vor und kann ggf. nachgereicht werden.
  
- mich in jeder Schulwoche zweimal selbst in der Schule testen werde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schüler/in