STÄDTISCHES GYMNASIUM
LÜNEN·ALTLÜNEN

Nachweis des Masernschutzes

(bitte nur wahlweise I **oder** II berücksichtigen)

I. **Ärztliche Bescheinigung**:

(Stempel der Arztpraxis)

Hiermit wird für

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

wird bestätigt, dass es bei der genannten Person

☐ ein **ausreichender Impfschutz** – im Sinne des § 20 Abs. 8 Satz 2 IfSG – gegen Masern **besteht.**
(§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 IfSG)

oder

☐ eine **Immunität gegen Masern** vorliegt.
(§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Alternative 1 IfSG)

oder

☐ eine Impfung aufgrund einer **medizinischen Kontraindikation** nicht erfolgen kann.
(§ 20 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Alternative 2 IfSG)

_____ _____
(Ort und Datum) (Unterschrift Ärztin / Arzt)

II. **Bestätigung Erziehungsberechtigte**

☐ Als Eltern/Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte bestätigen wir, dass ein **gültiger Impfausweis** mit Eintrag des ausreichenden Masernschutzes vorliegt. Eine Kopie dieses Impfausweises ist als Anlage beigefügt.

_____ _____
(Ort und Datum) (Unterschrift Eltern/Erziehungs-/Sorgeberechtige)