

Einverständniserklärung zur Entfernung von Zecken durch schulisches Personal

Name, Vorname des Kindes: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das schulische Personal eine Zecke bei meinem Kind nach Sichtung entfernen darf.

Bitte treffendes ankreuzen.

☐ **Ja**, ich bin mit der Zeckenentfernung einverstanden. Die Markierung der Einstichstelle erfolgt mittels Kugelschreiber, um ein besseres Wiederauffinden der Einstichstelle zu ermöglichen. Im Falle einer Abholung meines Kindes werde ich über die Entfernung der Zecke informiert.

☐ **Nein**, ich bin mit der Zeckenentfernung durch das schulische Personal **nicht einverstanden** und werde nicht nach Sichtung des Zeckenbisses umgehend telefonisch benachrichtigt. Sollte ich nicht erreichbar sein, wird Folgendes mit der Schule vereinbart (*Bitte auf jeden Fall ausfüllen*):

Liegt der Schule keine Einverständniserklärung zur Entfernung von Zecken vor, wird die Zecke vom schulischen Personal **nicht** entfernt.

Die Beauftragung ist bis zum schriftlichen Widerruf oder einem Schulwechsel gültig.

Datum, Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

-Bitte ausgefüllt an die Schule zurück-