

# Anmeldung zum zentralen Corona- Impftermin im Gehörlosenzentrum



Hiermit melde ich mich zum Impftermin im Gehörlosenzentrum Karlsruhe an:

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift rechtlicher Betreuer: \_\_\_\_\_  
(falls vorhanden)