

**Formular zur Gesundheitsbestätigung
für den Regelbetrieb unter Pandemiebedingungen in den Schulen
des Landes Mecklenburg-Vorpommern
ab dem 1. August 2020**

Name der Schule	Berufliche Schule des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte Standort Neustrelitz Demmin
Anschrift der Schule (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Hittenkogerstraße 28, 17235 Neustrelitz Saarstraße 22 C, 17109 Demmin
Vorname, Name der Schülerin/des Schülers	
Geburtsdatum der Schülerin/des Schülers	

Hiermit **bestätige** ich, dass sich mein Kind in den vergangenen 14 Tagen nicht in einem Corona-Risikogebiet in der jeweils aktuellen Definition des Robert-Koch-Instituts (siehe unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html) aufgehalten hat.

Sofern mein Kind aus einem Corona-Risikogebiet oder einem besonders betroffenen Gebiet in Deutschland zurückgekehrt ist und die Quarantäne nach Rückkehr verkürzt wurde, **bestätige** ich, dass diese entsprechend der geltenden Regelungen der SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung nach zwei negativen Testergebnissen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 (im Abstand von etwa 5 bis 7 Tagen) durch das zuständige Gesundheitsamt beendet worden ist.

Weiterhin bin ich darüber **informiert**, dass es meinem Kind nicht gestattet ist, die Schule zu betreten, wenn es:

- eine mit Corona zu vereinbarende Symptomatik, z. B. Fieber mit Temperatur ab 38 °C, Husten, Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns, Schnupfen (nur in Verbindung mit vorgenannter Symptomatik) aufweist,
- in Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person steht oder
- in den vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einer SARS-CoV-2 infizierten Person hatte.

Ich **verpflichte** mich,

- gesundheitliche Beeinträchtigungen meines Kindes oder
- engen Kontakt meines Kindes mit einer positiv getesteten Person (zusammenhängend mehr als 15 Minuten Gesichtskontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person)

zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Schule unverzüglich zu melden (Verpflichtung nach § 34 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz).

Eine Ärztin oder ein Arzt ist zur Abklärung zu konsultieren.

_____ Datum

_____ Unterschrift (Erziehungsberechtigte/-berechtigter)