

## Selbsterklärung zur Zugehörigkeit der Personengruppe für eine Notfallbetreuung in der Schule

Hiermit erkläre/n ich/wir, dass ich/wir zur Personengruppe gehöre/n, für die eine Notfallbetreuung in der Schule zu gewährleisten ist. Ich bin mir/wir sind uns bewusst, dass ich/wir nur zur berechtigten Personengruppe zähle/n, sofern:

- ich/wir keine Alternativbetreuung für mein Kind organisieren kann/können **und**
- ich/wir als alleinerziehendes Elternteil oder bei gemeinsamen Sorgerecht **beide** Elternteile den nachfolgenden Berufsgruppen zugehörig bin/sind **und**
- ich/wir **bei meinem Arbeitgeber unabhkömmlich** bin/sind.

Ich bin/wir sind Elternteil/Eltern des Kindes \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_

alleinerziehend       gemeinsam erziehend

Ich/wir haben die Möglichkeit einer Alternativbetreuung       ja       nein

Ich/wir gehören zu folgender Berufsgruppe:

	Personensorgeberechtigter 1	Personensorgeberechtigter 2
• Berufsfeuerwehr oder Schwerpunktfeuerwehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Polizei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Strafvollzugsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rettungsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• medizinische Einrichtung (inklusive Apotheken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Justizeinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ambulante oder stationäre Pflegedienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• stationäre Betreuungseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Produktion oder Versorgung mit Lebensmitteln und Waren des täglichen Lebens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Behörden/Organisationen mit Sicherheitsaufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Einrichtungen und kommunale Unternehmen, soweit notwendig Aufgaben/Aufgaben der Daseinsvorsorge zwingend wahrzunehmen sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeitgeber Personensorgeberechtigter 1: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber Personensorgeberechtigter 2: \_\_\_\_\_

Mein/unser Kind:

- ist positiv auf COVID-19 getestet: ja       nein
- hat derzeit Fieber und /oder trockenen Husten: ja       nein

Sobald eines dieser Kriterien mit „Ja“ ausgewiesen wurde, darf das Kind nicht in der Schule betreut werden.

**Änderungen gegenüber dieser Erklärung sind durch die Erziehungsberechtigten unverzüglich bei der Schulleitung anzuzeigen.**

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

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname Personensorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r