

## 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