

Hiermit erkläre ich, dass (**zutreffendes ankreuzen!**)

- ☐ wir **nicht** in Kontakt zu einer infizierten Person stehen oder standen, wenn seit dem Kontakt mit einer infizierten Person noch nicht 14 Tage vergangen sind.
- ☐ wir uns **nicht** innerhalb der vorausgegangenen 14 Tage in einem Gebiet aufgehalten haben, das durch das Robert Koch-Institut (RKI) im Zeitpunkt des Aufenthalts als Risikogebiet ausgewiesen war; dies gilt auch, wenn das Gebiet innerhalb von 14 Tagen nach der Rückkehr neu als Risikogebiet eingestuft wird.
Personen, die aus einem Risikogebiet einreisen, **müssen** sich in Quarantäne begeben **und einen verpflichtenden Coronatest** durchführen lassen. Es besteht dann bis zu einem negativen Testergebnis eine Quarantäne.
- ☐ wir **keine** Symptome eines Atemwegsinfekts oder erhöhter Temperatur haben.

unser Kind zur **Risikogruppe** (Covid-19) gehört

- ☐ Ja ☐ Nein

unser Kind die Schule/den Schulkindergarten besuchen darf, auch wenn es einer **Risikogruppe** angehört.

- ☐ Ja ☐ Nein

Name Kind _____

Name Erziehungsberechtigte/r _____

Adresse _____

Bestätigung der Richtigkeit der Angaben

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben. Darüber hinaus werde/n ich/wir Änderungen in den oben genannten Angaben mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir/uns gemachten Angaben gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Die Daten werden spätestens zum 31.07.2021 automatisch gelöscht. Auf Ihren ausdrücklichen Wunsch werden die Daten jederzeit gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Bitte einscannen und uns per Mail schulen-hbr@stiftung-st-franziskus.de zusenden oder auf anderem Weg (Fax 07422-569-3382, Post) an die Schule senden