

Erklärung für die Wiederaufnahme in die Schulgemeinschaft (volljährige Schüler/innen) Stand: 23.11.2020

Der/die Unterfertigte (Nachname)
..... (Vorname) (Geburtsort)
..... (Geburtsdatum), eingeschrieben in die Schule
....., Abteilung/Klasse/Sektion,

im Bewusstsein aller zivil- und strafrechtlichen Folgen im Falle einer Falscherklärung und im vollen Bewusstsein der Wichtigkeit einer uneingeschränkten Befolgung der Maßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung der SARS-CoV-2-Infektion und folglich zum Schutz der kollektiven Gesundheit

ERKLÄRT,

1. bei Abwesenheit aus NICHT gesundheitlichen Gründen

dass die Abwesenheit von der Schule vom bis zum auf familiäre Gründe zurückzuführen ist und **nicht in Zusammenhang mit Gesundheitsproblemen steht** und dass sie/er keine Covid-19-Symptome oder grippeähnliche Symptome gehabt hat.

ODER

2. nach einer bis zu 3-tägigen Abwesenheit aus gesundheitlichen Gründen, die NICHT in Verbindung mit einer möglichen SARS-CoV-2-Infektion stehen

in Bezug auf die Abwesenheit von der Schule vom bis zum und zum Zweck der Wiederaufnahme in die Schulgemeinschaft, dass die Abwesenheit nicht in Verbindung steht mit Symptomen, die auf eine mögliche Infektion mit SARS-CoV-2 zurückzuführen sind, sondern auf eine andere, nicht verdächtige Erkrankung.

ODER

3. nach einer Abwesenheit von mehr als 3 Tagen aus gesundheitlichen Gründen, die in Verbindung mit einer möglichen SARS-CoV-2-Infektion stehen

in Bezug auf die Abwesenheit von der Schule vom bis zum
und zum Zweck der Wiederaufnahme in den Kindergarten/in die Schulgemeinschaft, dass er/sie sich mit dem
behandelnden Arzt Dr. in Verbindung gesetzt hat und die
Anweisungen dieses Arztes befolgt hat. Die Bestätigung des behandelnden Arztes wird beigelegt.

ODER

4. nach Abwesenheit aufgrund von Quarantäne

dass die Quarantäne für den Zeitraum vom bis einschließlich
ausgesprochen wurde.

Im Folgenden Zutreffendes ankreuzen:

- dass die durchgeführte(n) Testung(en) ein negatives Ergebnis erbracht hat (haben)
- dass sie oder er seit mindestens drei aufeinanderfolgenden Tagen keine Symptome mehr aufweist, wie
der behandelnde Arzt bestätigt.

Ort und Datum Unterschrift