

Erklärung für die Wiederaufnahme in die Kleinkindbetreuung / Ferienbetreuung

Der/Die unterfertigte (Elternteil, Erziehungsverantwortliche)

Nachname Vorname

Geburtsort..... Geburtsdatum

in seiner Eigenschaft als Elternteil/Erziehungsverantwortliche/r des Kindes

Nachname Vorname

eingeschrieben in den Kinderhort/die Kita/bei der Tagesmutter/dem Tagesvater/ Träger der Ferienbetreuung

.....

Abteilung/Klasse/Sektion/Gruppe,

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 Kleinkindbetreuung / Ferienbetreuung der eigenen Tochter/des eigenen Sohnes vom bis zum auf familiäre Gründe zurückzuführen ist und **nicht in Zusammenhang mit Gesundheitsproblemen steht** und dass die eigene Tochter/der eigene Sohn keine Covid-19-Symptome oder grippeähnliche Symptome gezeigt 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 Kleinkindbetreuung / Ferienbetreuung der eigenen Tochter/des eigenen Sohnes vom bis zum und zum Zweck der Wiederaufnahme in die Kleinkindbetreuung / Ferienbetreuung, 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 Kleinkindbetreuung / Ferienbetreuung der eigenen Tochter/des eigenen Sohnes vom bis zum und zum Zweck der Wiederaufnahme in die Kleinkindbetreuung / Ferienbetreuung, 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 die eigene Tochter/der eigene Sohn seit mindestens drei aufeinanderfolgenden Tagen keine Symptome mehr aufweist, wie der behandelnde Arzt bestätigt.

Ort und Datum Unterschrift