

**Formular zur Gesundheitsbestätigung  
für den Regelbetrieb unter Pandemiebedingungen in den Schulen  
des Landes Mecklenburg-Vorpommern  
ab dem 1. August 2020**

Name der Schule	Robert-Stock-Gymnasium Möllner Straße 114
Anschrift der Schule (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	19230 Hagenow Tel. 03883 / 6 61 05 Fax 03883 / 6 01 00
Vorname, Name der Schülerin/des Schülers	
Geburtsdatum der Schülerin/des Schülers	

Hiermit **bestätige** ich, dass sich mein Kind in den vergangenen 14 Tagen nicht in einem Corona-Risikogebiet in der jeweils aktuellen Definition des Robert-Koch-Instituts (siehe unter: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Risikogebiete\\_neu.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html)) aufgehalten hat.

Sofern mein Kind aus einem Corona-Risikogebiet oder einem besonders betroffenen Gebiet in Deutschland zurückgekehrt ist und die Quarantäne nach Rückkehr verkürzt wurde, **bestätige** ich, dass diese entsprechend der geltenden Regelungen der SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung nach zwei negativen Testergebnissen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 (im Abstand von etwa 5 bis 7 Tagen) durch das zuständige Gesundheitsamt beendet worden ist.

Weiterhin bin ich darüber **informiert**, dass es meinem Kind nicht gestattet ist, die Schule zu betreten, wenn es:

- eine mit Corona zu vereinbarende Symptomatik, z. B. Fieber mit Temperatur ab 38 °C, Husten, Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns, Schnupfen (nur in Verbindung mit vorgenannter Symptomatik) aufweist,
- in Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person steht oder
- in den vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einer SARS-CoV-2 infizierten Person hatte.

Ich **verpflichte** mich,

- gesundheitliche Beeinträchtigungen meines Kindes oder
- engen Kontakt meines Kindes mit einer positiv getesteten Person (zusammenhängend mehr als 15 Minuten Gesichtskontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person)

zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Schule unverzüglich zu melden (Verpflichtung nach § 34 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz).

Eine Ärztin oder ein Arzt ist zur Abklärung zu konsultieren.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Erziehungsberechtigte/-berechtigter)