**Betreuungsbedarf aufgrund einer Tätigkeit in einer systemrelevanten Berufsgruppe als Schlüsselperson**

Name der Schule in Trägerschaft des Kreises Wesel:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Angaben zum Kind:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Angaben zum ersten Erziehungsberechtigten:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alleinerziehend: Ja [ ]  Nein [ ]

Berufsgruppe:

[ ]  Medizinisches Personal und Pflegekräfte aus Krankenhäusern, Pflegeheimen, Arztpraxen und Behindertenhilfe

[ ]  Mitarbeitende der Kinder- und Jugendhilfe

[ ]  Ordnungskräfte wie Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst und Katastrophenschutz

[ ]  Mitarbeitende aus dem Bereich der öffentlichen Versorgung (Telekommunikation, Energie, Wasser, ÖPNV, Entsorgung)

[ ]  Mitarbeitende der Lebensmittelversorgung

[ ]  Mitarbeitende in zentralen Stellen der Verwaltung, der Justiz und des Staates

Angaben zum zweiten Erziehungsberechtigten:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Berufsgruppe:

[ ]  Medizinisches Personal und Pflegekräfte aus Krankenhäusern, Pflegeheimen, Arztpraxen und Behindertenhilfe

[ ]  Mitarbeitende der Kinder- und Jugendhilfe

[ ]  Ordnungskräfte wie Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst und Katastrophenschutz

[ ]  Mitarbeitende aus dem Bereich der öffentlichen Versorgung (Telekommunikation, Energie, Wasser, ÖPNV, Entsorgung)

[ ]  Mitarbeitende der Lebensmittelversorgung

[ ]  Mitarbeitende in zentralen Stellen der Verwaltung, der Justiz und des Staates

Ich/Wir versichere/versichern, dass mein/unser Kind

[ ]  keine Krankheitssymptome aufweist

[ ]  nicht im Kontakt zu infizierten Personen steht bzw. seit dem Kontakt mit infizierten Personen 14 Tage vergangen sind und es keine Krankheitssymptome aufweist und

[ ]  sich nicht in einem Gebiet aufgehalten hat, das durch das Robert Koch-Institut (RKI) aktuell als Risikogebiet ausgewiesen ist bzw. 14 Tage seit Rückkehr aus diesem Risikogebiet vergangen sind und es keine Krankheitssymptome zeigt (https://www.rki.de).

Ich/Wir versichere/versichern, dass mein/unser Kind nach eingehender Prüfung nicht im privaten Rahmen betreut werden kann und die Betreuung durch die Schule sichergestellt werden muss. Eine Bescheinigung meines/unserer Arbeitsgeber/s über die Unentbehrlichkeit meiner/unserer Tätigkeit wird kurzfristig eingereicht.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_