

Schule Innenstadt Notfallbetreuung für die Stufen 5 bis 7

Voraussetzung:

- Beide Erziehungsberechtigte, im Fall von Alleinerziehenden der oder die Alleinerziehende, sind in Bereichen der kritischen Infrastruktur tätig.
- Beide Erziehungsberechtigte beziehungsweise die oder der Alleinerziehende haben einen außerhalb der Wohnung präsenzpflichtigen Arbeitsplatz und sind für ihren Arbeitgeber unabhkömmlich.

Name Kind: _____

Lerngruppe: _____

Wir benötigen Notfallbetreuung im Zeitraum der regulären Unterrichtszeit (bitte ankreuzen):

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
1					
2					
3					
4					
5					
6					
M*			XXXXXXXX		XXXXXXXX
7			XXXXXXXX		XXXXXXXX
8			XXXXXXXX		XXXXXXXX

M* Mittagspause

In welchem Bereich sind Sie tätig (bitte ankreuzen):

1. Erziehungsberechtigte(r) 2. Erziehungsberechtigte(r)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| medizinisch und pflegerisches Personal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hersteller von für die Versorgung notwendigen Medizinprodukte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regierung und Verwaltung, Parlament, Justiz ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst u. Katastrophenschutz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Telekommunikation, Energie, Wasser, ÖPNV, Entsorgung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebensmittelbranche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personal der Straßenmeistereien und Straßenbetriebe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bestatter

Präsenzpflichtiger Arbeitsplatz außerhalb der Wohnung
und unabhömmlich für den Arbeitgeber.

Bestätigung anbei

Bestätigung anbei

1. Erziehungsberechtigter

Alleinerziehend ja nein

Berufstätig ja nein

Tätigkeit

Arbeitgeber
(mit Anschrift u. Telefonnummer)

Bestätigung anbei

Datum, Unterschrift, 1. Erziehungsberechtigte(r)

2. Erziehungsberechtigter

Alleinerziehend ja nein

Berufstätig ja nein

Tätigkeit

Arbeitgeber
(mit Anschrift u. Telefonnummer)

Bestätigung anbei

Datum, Unterschrift, 2. Erziehungsberechtigte(r)

Bestätigung, dass familiäre oder anderweitige Betreuung nicht möglich ist.

Datum, Unterschrift, 1. Erziehungsberechtigte(r)

Datum, Unterschrift, 2. Erziehungsberechtigte(r)

Bitte beachten Sie, dass die Betreuung von Kindern nicht möglich ist, wenn Sie Kontakt zu einer bestätigten Covid-19 infizierten Person hatten – unabhängig von Symptomen (Einhaltung der Inkubationszeit und häusliche Quarantäne). Sofern ihr Kind Krankheitssymptome gleich welcher Art zeigt, ist eine Notfallbetreuung zum Schutz der Anderen ebenfalls nicht möglich.