Notversorgung bei Einrichtungsschließung

(Schulen und Kindertagesstätten)

1. Bestätigung der Eltern

Eine Notversorgung für das Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wird benötigt. Es ist nicht möglich, die Betreuung des Kindes zu Hause zu gewährleisten. Ich bin

Alleinerziehend, bzw. beide Elternteile arbeiten bei Arbeitgebern in kritischer Infrastruktur (in diesem Fall bitte 2 Arbeitgeberbescheinigungen).

Außerdem wird folgendes erklärt:

* + mein / unser Kind weist keine Krankheitssymptome auf,
  + das Kind steht nicht in Kontakt zu infizierten Personen, bzw.
  + seit dem Kontakt mit infizierten Personen sind 14 Tage vergangen und das Kind weist keine Krankheitssymptome auf,
  + das Kind hat sich nicht in einem Risikogebiet aufgehalten, das durch das Robert

Koch Institut aktuell als Risikogebiet ausgewiesen ist

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\_Coronavirus/nCoV.html) bzw. 14 Tage seit Rückkehr aus diesem Risikogebiet vergangen sind und das Kind zeigt keine Krankheitssymptome.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort, Datum Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte

1. Bescheinigung Arbeitgeber

Hiermit bestätige ich, dass Frau / Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in einer kritischen Infrastruktur arbeitet und dringend Kinderbetreuung benötigt.

Der / die Beschäftigte arbeitet in folgendem Bereich (bitte ankreuzen):

* + Medizinisches Personal (incl. Apotheken) o Pflegendes Personal
  + Personal der Feuerwehren und des Rettungsdienstes
  + Polizisten und Justizbedienstete
  + Personal von Versorgungsunternehmen

(Lebensmittelversorgung, Gas, Wasser, Abwasser, Strom, Banken) o Personal von Städten, Gemeinden und des Oberbergischen Kreises o Mitarbeitende von Betrieben, die medizinische Produkte herstellen o Sonstiges:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ort, Datum Stempel / Unterschrift des Arbeitgebers