

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

A N T R A G

über den Zugang in Kindertageseinrichtungen

gemäß Zweite Verordnung zur Bekämpfung des Corona-Virus
vom 13. März 2020, zuletzt geändert durch Art. 2 der Änderungsverordnung vom 14. März 2020
(gültig für den Zeitraum vom 16.3.2020 bis (vorerst) 19.4.2020)

An den
Gemeindevorstand der
der Gemeinde Wabern
Landgrafenstr. 9
34590 Wabern

Tageseinrichtung für Kinder in: _____
(Name der Kita, Straße, Nr., PLZ, Ort)

Name des Kindes	Geb.- Datum	Erziehungsberechtigte	
		Namen, Vornamen	Anschrift

Bitte entsprechendes ankreuzen (x)			
Alleinerziehend	Ja	()	Nein ()
Fallen beide Erziehungsberechtigte unter § 2 II der VO	Ja	()	Nein ()

Ich versichere/ Wir versichern, dass mein Kind
1. keine Krankheitssymptome aufweist,
2. nicht in Kontakt zu infizierten Personen steht oder seit dem Kontakt mit infizierten Personen noch nicht 14 Tage vergangen sind oder
3. sich nicht in den 14 Tagen vor Inkrafttreten dieser Verordnung oder danach in einem Risikogebiet für Infektionen mit dem SARS-CoV-2—Virus aufgehalten hat und noch keine 14 Tage seit der Rückkehr vergangen sind.
Anmerkung: Die Auflistung der sogenannten Risikogebiete sind auf folgendem Link abrufbar: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html

Ja, ich/ wir gehöre/gehören zu folgender Personengruppe*:

	Elternteil 1	Elternteil 2
Angehörige Polizeivollzugsdienst, Bundespolizei, Polizeipräsidien	()	()
Angehörige von Feuerwehren (Hauptamtliche/ Aktive Ehrenamtliche)	()	()
Mitarbeiter/Innen der Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes	()	()
Richterinnen und Richter sowie Staatsanwälte/Innen und Rechtsanwälte/Innen der Justiz,	()	()
Bedienstete des Justiz- und Maßregelvollzuges	()	()
Bedienstete von Rettungs- und Hilfsdiensten	()	()
Helfer/Innen des Technischen Hilfswerkes und des Katastrophenschutzes	()	()
Mitarbeiter/innen in Kliniken, Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen	()	()
Altenpflegerinnen und Altenpfleger und -helfer	()	()
Krankenschwester und Krankenpfleger	()	()
Ärzte/Innen / Zahnärzte/Innen / Anästhesietechnische Assistenten/Innen	()	()
Apothekerinnen und Apotheker	()	()
Desinfektoren/Innen	()	()
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/Innen / Krankenpflegerhelfer/Innen	()	()
Hebammen	()	()
Medizinisch-technische Fachangestellte / Assistenten/Innen	()	()
Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter	()	()
Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten	()	()
Mitarbeiter/Innen in Bereichen nach Sektor Gesundheit (§ 6 BSI-KritisVO) (stationäre med. Versorgung, Versorgung lebenserhaltender Medizinprodukte, Arzneimittel, Laboratoriumsdiagnostik)	()	()
Mitarbeiter/Innen in einem Betrieb, der für die pflegerische und medizinische Infrastruktur unentbehrlich ist	()	()

Art des Betriebes und Name: _____

HINWEIS:

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige ich/bestätigen wir die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Mir/ Uns ist bewusst, dass unrichtige Angaben zur Entziehung des Notbetreuungsplatzes auf Basis der anliegenden 2. Verordnung vom 13.3.2020, hier § 2 der o. g. Verordnung, führen kann.

Datum

Elternteil 1

Datum

Elternteil 2