

Formular zur Gesundheitsbestätigung
für den Regelbetrieb unter Pandemiebedingungen in den Schulen
des Landes Mecklenburg-Vorpommern ab dem 2. August 2021

Name der Schule	
Anschrift der Schule (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Regionale Schule > Käthe Kollwitz < 17389 Anklam, Mühlenstraße 8 d Telefon 03971 / 21 05 74 Telefax 03971 / 21 35 26
Vorname, Name der Schülerin / des Schülers	
Geburtsdatum der Schülerin / des Schülers	

Reiserückkehrende

Ich **erkläre** gemäß § 7 der 3. Schul-Corona-Verordnung in Verbindung mit §§ 4 und 6 der Coronavirus-Einreiseverordnung mit meiner Unterschrift, dass die oben genannte Schülerin / der oben genannte Schüler sich:

- in den vergangenen **14 Tagen** nicht in einem Virus-Variantengebiet (siehe Einstufung des Robert Koch-Institutes unter: <https://www.rki.de/covid-19-risikogebiete>) aufgehalten hat oder
- in den vergangenen **zehn Tagen** nicht in einem Risikogebiet (siehe Einstufung des Robert Koch-Institutes unter: <https://www.rki.de/covid-19-risikogebiete>) aufgehalten hat oder
- in den vergangenen **zehn Tagen** in einem Risikogebiet aufgehalten hat, aber einer der aktuell gültigen Ausnahmeregelungen unterfällt oder
- nicht aus sonstigen Gründen quarantänepflichtig geworden ist.

Datum

Unterschrift
(Elternteil / Erziehungsberechtigte /-berechtigter bzw. volljährige Schülerin /
volljähriger Schüler)

Einverständniserklärung zur Durchführung eines Antigen-Schnelltests („Selbsttest“) in der Schule¹

Ab dem 28. April 2021 dürfen Personen die Schule nur noch betreten, wenn ein negativer Test auf das SARS-CoV-2-Virus vorliegt, der nicht älter als 24 Stunden ist.

Ist der Test positiv, ist die Schule gem. Art. 6 Abs. 1, c), Art. 9 Abs. 2, i) Datenschutz-Grundverordnung (DS GVO) i. V. m. §§ 6, 8 Infektionsschutzgesetz (IfSG) dazu verpflichtet, Sie über Ihr positives Testergebnis bzw. das Ihres Kindes zu informieren und Ihre Daten bzw. die Ihres Kindes (Name, Geburtsdatum und Gesundheitsdaten) an die zuständige Gesundheitsbehörde weiterzuleiten. Das ist erforderlich, um Sie/Ihr Kind eindeutig zu identifizieren und ggf. mit Ihnen in Kontakt zu treten.

Mit meiner Unterschrift **willige ich ein**, dass ich / mein Kind die Selbsttestung in der Schule durchführen darf.

Ein Widerruf dieser Einverständniserklärung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft möglich (postalisch, per E-Mail oder Fax an die Schule).

	Angaben zur Schule	
	Name _____	Regionale Schule > Käthe Kollwitz < 17389 Anklam, Mühlenstraße 8 d Telefon 03971 / 21 05 74 Telefax 03971 / 21 35 26
	vollständige Anschrift _____	

	Angaben zur Schülerin/zum Schüler		
	Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____

	Angaben zu den Erziehungsberechtigten		
	Der Begriff "Erziehungsberechtigte" wird gemäß Schulgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern verwendet, wonach Erziehungsberechtigte diejenigen sind, denen nach bürgerlichem Recht die Sorge für die Person des Kindes zusteht (vgl. § 138 Absatz 2 SchulG M-V).		
1.	Name _____	Vorname _____	<input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/r
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) _____		
	Telefon mit Vorwahl / Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit _____		
2.	Name _____	Vorname _____	<input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/r
	Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) _____		
	Telefon mit Vorwahl / Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit _____		

Ich willige/wir willigen ein, dass ich/mein/unser Kind an den in der Präsenzwoche in der Schule durchgeführten SARS-CoV2-Selbsttests teilnehme/teilnimmt.

	Ort, Datum _____	Unterschrift der Eltern/ _____
--	------------------	--------------------------------

¹ Stand: 11.06.2021