

Kenntnisnahme einer Entschuldigung bei Krankheit oder unplanbarem Fehlen

für _____
Name, Vorname (Klasse)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich Sie, das Fehlen meiner Tochter/ meines Sohnes _____

vom _____ bis _____ zu entschuldigen.

Grund: _____

Angaben gemäß des Rahmenplans für die Hygienemaßnahmen, den Infektions- und Arbeitsschutz an Schulen im Land Sachsen-Anhalt während der Corona-Pandemie (Stand 05.11.2020) sowie des schulinternen Hygieneplans

	Unser/e Sohn/ Tochter	JA	NEIN
1)	hat heute Symptome einer COVID-19 Erkrankung (Husten, Fieber, Schnupfen, Störung des Geruchs- und /oder Geschmackssinns).	[]	[]
	- Nur wenn unter 1) mit „ja“ geantwortet wurde – Es wurde von einem Arzt bestätigt, dass eine chronische Erkrankung, z.B. Heuschnupfen u.a. Allergien, vorliegt.	[]	[]
	Die Erkältungssymptome sind seit 48 Stunden abgeklungen.	[]	[]
2)	hatte innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu mindestens einer laborbestätigt infizierten Person.	[]	[]
	- Nur wenn unter 2) mit „ja“ geantwortet wurde – Es wurde vom Gesundheitsamt bzw. einem Arzt bestätigt, dass der Unterricht in der Schule besucht werden darf.	[]	[]
3)	ist in den letzten 10 Tagen selbst aus einem Risikogebiet gemäß der aktuellen RKI-Definition zurückgekehrt.	[]	[]
	- Nur wenn unter 3) mit „ja“ geantwortet wurde. – Ein Test auf das SARS-CoV-2-Virus wurde frühestens am 5.Tag nach Rückkehr durchgeführt. Das Testergebnis liegt vor und ist negativ.	[]	[]
4)	Die in der Schule bekannte Anschrift und Telefonnummer sind aktuell.	[]	[]

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o. g. Angaben. Mir ist bewusst, dass Veränderungen o. g. Angaben **sofort** der Schule zu melden sind.

Datum, Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Kenntnisnahme einer Entschuldigung bei Krankheit oder unplanbarem Fehlen

für _____
Name, Vorname (Klasse)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich Sie, das Fehlen meiner Tochter/ meines Sohnes _____

vom _____ bis _____ zu entschuldigen.

Grund: _____

Angaben gemäß des Rahmenplans für die Hygienemaßnahmen, den Infektions- und Arbeitsschutz an Schulen im Land Sachsen-Anhalt während der Corona-Pandemie (Stand 05.11.2020) sowie des schulinternen Hygieneplans

		JA	NEIN
1)	hat heute Symptome einer COVID-19 Erkrankung (Husten, Fieber, Schnupfen, Störung des Geruchs- und /oder Geschmackssinns).	[]	[]
	- Nur wenn unter 1) mit „ja“ geantwortet wurde – Es wurde von einem Arzt bestätigt, dass eine chronische Erkrankung, z.B. Heuschnupfen u.a. Allergien, vorliegt.	[]	[]
	Die Erkältungssymptome sind seit 48 Stunden abgeklungen.	[]	[]
2)	hatte innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu mindestens einer laborbestätigt infizierten Person.	[]	[]
	- Nur wenn unter 2) mit „ja“ geantwortet wurde – Es wurde vom Gesundheitsamt bzw. einem Arzt bestätigt, dass der Unterricht in der Schule besucht werden darf.	[]	[]
3)	ist in den letzten 10 Tagen selbst aus einem Risikogebiet gemäß der aktuellen RKI-Definition zurückgekehrt.	[]	[]
	- Nur wenn unter 3) mit „ja“ geantwortet wurde. – Ein Test auf das SARS-CoV-2-Virus wurde frühestens am 5.Tag nach Rückkehr durchgeführt. Das Testergebnis liegt vor und ist negativ.	[]	[]
4)	Die in der Schule bekannte Anschrift und Telefonnummer sind aktuell.	[]	[]

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o. g. Angaben. Mir ist bewusst, dass Veränderungen o. g. Angaben **sofort** der Schule zu melden sind.

Datum, Unterschrift der Personensorgeberechtigten