

Bescheinigung für Funktionsträger zur Aufrechterhaltung der Infrastruktur

| | |
|--------------------------------------------|--|
| | |
| Kind (Name, Vorname) | |
| Straße, Nr. | |
| PLZ/ Wohnort | |
| Elternteil 1 (Name, Vorname) | |
| Berufsgruppe/ Berufsbezeichnung | |
| Dienststelle/ Arbeitgeber | |
| Adresse | |
| Elternteil 2 (Name, Vorname) | |
| Berufsgruppe/ Berufsbezeichnung | |
| Dienststelle/ Arbeitgeber | |
| Ich bin alleinerziehend (Ja/ Nein) | |
| Notfallkontakt/ Mobilnummer | |

Die Notbetreuung in der Schule ist für Kinder, deren beide Eltern/ Erziehungs- oder Sorgeberechtigte zu den folgenden Personengruppen gehören:

| Bitte ankreuzen | Funktionsgruppe |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Angehörige des Polizeivollzugsdienstes |
| 2 | Arbeitnehmer des Landes, die bei den Polizeipräsidien tätig sind und Vollzugsaufgaben wahrnehmen |
| 3 | Angehörige von Feuerwehren |
| 4 | Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes |
| 5 | Richterinnen und Richter sowie Staatsanwältinnen und Staatsanwälte der Justiz |
| 6 | Bedienstete des Justiz- und Maßregelvollzuges |
| 7 | Bedienstete von Rettungsdiensten |
| 8 | Helferinnen und Helfer des Technischen Hilfswerkes |
| 9 | Helferinnen und Helfer des Katastrophenschutzes |
| 10 | Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 3 bis 7 sowie § 36 Abs. 1 Nr. 2 des Infektionsschutzgesetzes |
| 11 | Soldatinnen und Soldaten |
| | Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in medizinischen und pflegerischen Berufen arbeiten, insbesondere: |
| 12 | Altenpflegerinnen und Altenpflege |
| 13 | Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer |
| 14 | Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten |
| 15 | Ärztinnen und Ärzte |
| 16 | Apothekerinnen und Apotheker |
| 17 | Desinfektorinnen und Desinfektoren |
| 18 | Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen |
| 19 | Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen |
| 20 | Hebammen |
| 21 | Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer |
| 22 | Medizinische Fachangestellte |

| | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23 | Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/-innen |
| 24 | Medizinisch-technische Radiologieassistenten/-innen |
| 25 | Medizinisch-technische Assistenten/-innen für Funktionsdiagnostik |
| 26 | Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter |
| 27 | Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten |
| 28 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner |
| 29 | Pharmazeutisch-technische Assistentinnen oder pharmazeutisch-technische Assistenten |
| 30 | Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten nach § 1 des Rettungsassistentengesetzes |
| 31 | Zahnärztinnen und Zahnärzte |
| 32 | Zahnmedizinische Fachangestellte |
| 33 | Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die unmittelbar in den Sektoren nach § 6 der Verordnung zur Bestimmung Kritischer Infrastrukturen nach dem BSI-Gesetz tätig sind. Dabei bleiben die Schwellenwerte der Anhänge 1, 2, 4 und 5 außer Betracht. |

ACHTUNG: Diese Ausnahme gilt nicht, wenn Ihr Kind

- Krankheitssymptome aufweist
- in Kontakt zu infizierten Personen steht oder seit dem Kontakt mit infizierten Personen noch nicht 14 Tage vergangen sind
- sich 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

Bestätigung der Dienststelle/ Arbeitsstelle über die Zugehörigkeit zu den genannten Berufsgruppen/ Funktionsträgergruppen:

Die/ der Mitarbeiterin/ Mitarbeiter Name/Vorname (**Elternteil 1**)

gehört zu den Funktionsträgern gemäß der Liste nach der Nummer _____.

Offizieller Stempel der Dienststelle/ des Arbeitgebers*

Datum, Name des Vertretungsberechtigten, Unterschrift

Die/ der Mitarbeiterin/ Mitarbeiter Name/Vorname (**Elternteil 2**)

gehört zu den Funktionsträgern gemäß der Liste nach der Nummer _____.

Offizieller Stempel der Dienststelle/ des Arbeitgebers*

Datum, Name des Vertretungsberechtigten, Unterschrift

*bei Selbstständigen der genannten Berufsgruppen bitte Visitenkarte beilegen