

Ausnahmeregelung zum Betretungsverbot / zur Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne des § 33, Nummern 1, 2 und 3 Infektionsschutzgesetz

Für mein Kind / unser Kind meine / unsere Kinder

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geb.-Datum

<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geb.-Datum

<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wohnort	Straße, Hausnummer

Personensorgeberechtigte

1. Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Tel.-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	Funktion	Wöchentliche Arbeitszeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitgeber	Ort	Tel.-Nr. des Arbeitgebers

Für Alleinerziehende:

Hiermit bestätige ich, dass ich keine Möglichkeit habe, mein Kind / meine Kinder während meiner beruflichen Abwesenheit zuverlässig durch andere Personen betreuen zu lassen. Gemäß der Bestätigung meines Arbeitgebers bin ich eine unentbehrliche Schlüsselperson im Sinne der Weisung der zuständigen Ministerien.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift

2. Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Tel.-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	Funktion	wöchentliche Arbeitszeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitgeber	Ort	Tel.-Nr. des Arbeitgebers

Für Eltern:

Hiermit bestätigen wir, dass wir keine Möglichkeit haben, unser Kind / unsere Kinder während unserer beruflichen Abwesenheit zuverlässig durch andere Personen betreuen zu lassen. Gemäß der Bestätigung unserer Arbeitgeber sind wir unentbehrliche Schlüsselpersonen im Sinne der Weisung der zuständigen Ministerien.

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Bestätigung des Arbeitgebers:

Name der Einrichtung / des Betriebes

Tel.-Nr.

Art der Einrichtung / des Betriebes

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr

Name

Vorname

Ausgeübte Tätigkeit

eine unverzichtbare Schlüsselposition belegt, die zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung sowie der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung und der Aufrechterhaltung zentraler Funktionen des öffentlichen Lebens dient. Dazu zählen insbesondere alle Einrichtungen, die der Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung und der Pflege sowie der Behindertenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe, der öffentlichen Sicherheit und Ordnung einschließlich der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr (Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz), der Sicherstellung der öffentlichen Infrastrukturen (Telekommunikationsdienste, Energie, Wasser, ÖPNV, Entsorgung), der Lebensmittelversorgung und der Handlungsfähigkeit zentraler Stellen von Staat, Justiz und Verwaltung dienen.

Datum

Unterschrift

Bestätigung des Arbeitgebers:

Name der Einrichtung / des Betriebes

Tel.-Nr.

Art der Einrichtung / des Betriebes

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr

Name

Vorname

Ausgeübte Tätigkeit

eine unverzichtbare Schlüsselposition belegt, die zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung sowie der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung und der Aufrechterhaltung zentraler Funktionen des öffentlichen Lebens dient. Dazu zählen insbesondere alle Einrichtungen, die der Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung und der Pflege sowie der Behindertenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe, der öffentlichen Sicherheit und Ordnung einschließlich der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr (Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz), der Sicherstellung der öffentlichen Infrastrukturen (Telekommunikationsdienste, Energie, Wasser, ÖPNV, Entsorgung), der Lebensmittelversorgung und der Handlungsfähigkeit zentraler Stellen von Staat, Justiz und Verwaltung dienen.

Datum

Unterschrift