

Name: _____ Klasse: _____

Zur Vermeidung der weiteren Ausbreitung der bestehenden Corona-Pandemie mache ich folgende Angaben:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. In den letzten 10 Tagen war ich in einem von Auswärtigem Amt/BMG und BMI ausgewiesenen internationalen **Risikogebiet**.
(Staaten/Regionen siehe:
www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html)

ja nein

Bei ja: (bei nein: weiter mit Frage 3)

2. Nach meinem Aufenthalt in einem Risikogebiet war ich 10 Tage in **Quarantäne** oder wurde **negativ** auf das Coronavirus SARS-CoV-2 getestet.

ja nein

3. Ich hatte in den letzten 10 Tagen **Kontakt** zu einer Person mit einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion.

ja nein

4. Ich habe **Symptome**, die auf COVID-19 hindeuten könnten (z.B. Fieber, trockener Husten, Störung des Geruchs-, Geschmackssinns)

ja nein Art der Symptome:

5. Mit meiner Unterschrift versichere ich, die Richtigkeit der obigen Angaben und dass ich nach einer Erkrankung noch mindestens **48 Stunden ohne Symptome zu Hause** bleibe, um andere nicht anzustecken.

Lohne, _____
Ort, Datum

Unterschrift Schüler*in/Auszubildende*r

Bei Minderjährigen ist zusätzlich die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten nötig.

Lohne, _____
Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r