



Bescheinigung

zur Vorlage beim Träger der Kindertagesstätte / Kindertagespflege

Angaben zur erziehungsberechtigten Person

Nachname, Vorname
Anschrift

Angaben zum betreuenden Kind

Nachname, Vorname	
Alter	
wird sonst betreut in	
von	bis

gegebenenfalls Angaben zum weiteren betreuenden Kind

Nachname, Vorname	
Alter	
wird sonst betreut in	
von	bis



Ich gehöre einer Berufsgruppe an, deren Tätigkeit der 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:

Erziehungsberechtigte Person

- Gesundheitswesen
- Polizei
- Feuerwehr
- sonstiger unverzichtbarer Funktionsbereich

Ich benötige die Betreuung

- im bisherigen Umfang
- nur in folgendem Umfang

Ich benötige eine Notbetreuung meines Kindes / meiner Kinder, um die Berufstätigkeit im oben genannten unverzichtbaren Funktionsbereich ausüben zu können. Die oben genannten Angaben entsprechen der Wahrheit. Sobald die Betreuung nicht mehr benötigt wird (zum Beispiel aufgrund von Heimarbeit), werde ich das Kind / die Kinder unverzüglich abmelden.

Ich bestätige, dass folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Bei meinem Kind / meinen Kindern liegen keine Krankheitssymptome vor.
2. Mein Kind / Meine Kinder steht / stehen nicht in Kontakt zu infizierten Personen beziehungsweise seit dem Kontakt mit infizierten Personen sind vierzehn Tage vergangen. Es liegen keine Krankheitssymptome vor.
3. Mein Kind / Meine Kinder hat / haben sich nicht in einem Gebiet aufgehalten, das durch das Robert Koch-Institut (RKI) aktuell als Risikogebiet¹ ausgewiesen ist beziehungsweise vierzehn Tage seit Rückkehr aus diesem Risikogebiet vergangen sind. Es liegen keine Krankheitssymptome vor.

Ort, Datum

Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

¹ siehe www.rki.de.



Bestätigung der arbeitgebenden Organisation zur erziehungsberechtigten Person

Angaben zur arbeitgebenden Organisation

Organisation
Anschrift
Nachname, Vorname

Die vorgenannten Aussagen zum Funktionsbereich werden hiermit bestätigt. Die arbeitnehmende Person ist bei mir / uns beschäftigt. Die Zeiten der Berufstätigkeit decken sich mit den gewünschten Betreuungszeiten oder gehen darüber hinaus.

Ort, Datum

**Unterschrift, Stempel
der arbeitgebenden Organisation**