|  |
| --- |
| Bitte beachten Sie, dass wir erst prüfen müssen, ob wir die Umsetzung der erforderlichen Schutzmaßnahmen sicherstellen können. Können wir dies nicht gewährleisten, kann Ihr Kind leider nicht teilnehmen. Wir werden Sie nach abgeschlossener Prüfung umgehend informieren. |

|  |
| --- |
| **Angaben zur Veranstaltung:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Veranstalter: |  |
| Titel: |  |
| Datum: |  |

|  |
| --- |
| **Angaben zur Teilnehmerin / zum Teilnehmer:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname: |  |
| Name: |  |
| Geburtsdatum: |  |

Ihr Kind gehört einer Personengruppe an, die nach den Informationen des Robert-Koch-Instituts nach bisherigen Erkenntnissen ein höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben.

Bitte teilen Sie uns mit, was Sie mit dem behandelnden Arzt abgeklärt haben.

Ihr Kind kann aus medizinischer Sicht (lt. behandelnden Arzt) an o.g. Veranstaltung teilnehmen.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  ja | [ ]  nein |

Folgende Schutzmaßnahmen müssen aus medizinischer Sicht (lt. behandelnden Arzt) bei o.g. Veranstaltung ergriffen werden:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Mit der Unterschrift (des Teilnehmers / bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten) wird bestätigt, dass diese Angaben wahrheitsgetreu gemacht wurden und mit dem behandelnden Arzt abgesprochen wurden.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Ort |  | Datum |  | Unterschriften der/s Erziehungsberechtigten |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Ort |  | Datum |  | Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers |