

Name und Anschrift Kita/ Tagespflegestelle:

Erklärung zur Zugehörigkeit der Personengruppe für Notfallbetreuungen in der Kindertagesförderung

Hiermit erkläre ich, dass ich zur Personengruppe gehöre, für die eine Notfallbetreuung in der Kindertagesförderung zu gewährleisten ist. Ich bin mir bewusst, dass ich nur zur berechtigten Personengruppe zähle, sofern

- ich als alleinerziehender Elternteil oder bei gemeinsamer Erziehung **beide** Elternteile den nachfolgenden Berufsgruppen zugehörig bin / sind **und**
- ich keine Alternativbetreuung für mein Kind organisieren kann.

Ich bin / wir sind Elternteil / Eltern des Kindes _____, geb. am _____ und

alleinerziehend gemeinsam erziehend

Ich / wir haben die Möglichkeit einer Alternativbetreuung ja nein

Ich / wir gehören zu folgender Berufsgruppe Personensorgeberechtigter 1 Personensorgeberechtigter 2

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Berufsfeuerwehr oder Schwerpunktwehr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Polizei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Strafvollzugsdienst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Rettungsdienst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • medizinische Einrichtung (inkl. Apotheken) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Justizeinrichtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ambulante oder stationäre Pflegedienste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • stationäre Betreuungseinrichtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Produktion oder Versorgung mit
Lebensmittel oder Waren des tägl. Bedarfs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Behörde mit Aufgaben der Daseinsvorsorge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Arbeitgeber Personensorgeberechtigter 1

Arbeitgeber Personensorgeberechtigter 2

Erklärung für Elternteile in humanmedizinischen Gesundheits- und Pflegeberufen

Hiermit erklären wir/erkläre ich, dass:

- keine andere Möglichkeit der Betreuung für o.g. Kind besteht und
 eine unabkömmliche Tätigkeit in einem humanmedizinischen Gesundheits- und Pflegeberuf vorliegt.

Berufsbezeichnung der/ des Erziehungsberechtigten:

Dienstbehörde / Arbeitgeber (Anschrift):

Kontaktdaten der / des direkten Vorgesetzten:

Name und Anschrift Kita/ Tagespflegestelle:

Mein Kind hat sich innerhalb der letzten 14 Tage innerhalb eines Risikogebietes entsprechend der aktuellen Festlegung durch das Robert Koch Institut aufgehalten ja nein

Mein Kind ist mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert ja nein

Mein Kind hat derzeit Husten, Schnupfen oder Fieber ja nein

Wird eine der drei obenstehenden Fragen mit Ja beantwortet, ist die Betreuung des Kindes zu verweigern. Änderungen gegenüber dieser Erklärung sind durch die Eltern unverzüglich bei der Kindertageseinrichtung / Kindertagespflegeperson anzuzeigen und durch diese an den Landkreis Rostock weiterzuleiten. Auf die Bußgeldvorschriften des § 73 Abs. 1a Nr. 6 IfSG bei Verstoß gegen die Allgemeinverfügung oder bei falschen Angaben wird ausdrücklich hingewiesen.

Unterschrift Leitung/stv. Kita oder Kindertagespflegeperson

Unterschrift Personensorgeberechtigter