

## Bescheinigung für Funktionsträger zur Aufrechterhaltung der Infrastruktur

|  |  |
|--|--|
|  |  |
| <b>Kind (Name, Vorname)</b>                |  |
| <b>Straße, Nr.</b>                         |  |
| <b>PLZ/ Wohnort</b>                        |  |
| <b>Elternteil 1 (Name, Vorname)</b>        |  |
| <b>Berufsgruppe/<br/>Berufsbezeichnung</b> |  |
| <b>Dienststelle/ Arbeitgeber</b>           |  |
| <b>Adresse</b>                             |  |
| <b>Elternteil 2 (Name, Vorname)</b>        |  |
| <b>Berufsgruppe/<br/>Berufsbezeichnung</b> |  |
| <b>Dienststelle/ Arbeitgeber</b>           |  |
| <b>Ich bin alleinerziehend (Ja/ Nein)</b>  |  |
| <b>Notfallkontakt/ Mobilnummer</b>         |  |

Die Notbetreuung in der Schule ist für Kinder, deren beide Eltern/ Erziehungs- oder Sorgeberechtigte zu den folgenden Personengruppen gehören:

| Bitte ankreuzen | Funktionsgruppe  |
|-----------------|--|
| 1               | Angehörige des Polizeivollzugsdienstes   |
| 2               | Arbeitnehmer des Landes, die bei den Polizeipräsidien tätig sind und Vollzugsaufgaben wahrnehmen   |
| 3               | Angehörige von Feuerwehren   |
| 4               | Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes   |
| 5               | Richterinnen und Richter sowie Staatsanwältinnen und Staatsanwälte der Justiz  |
| 6               | Bedienstete des Justiz- und Maßregelvollzuges  |
| 7               | Bedienstete von Rettungsdiensten   |
| 8               | Helferinnen und Helfer des Technischen Hilfswerkes   |
| 9               | Helferinnen und Helfer des Katastrophenschutzes  |
| 10              | Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 3 bis 7 sowie § 36 Abs. 1 Nr. 2 des Infektionsschutzgesetzes |
| 11              | Soldatinnen und Soldaten   |
|                 | Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in medizinischen und pflegerischen Berufen arbeiten, insbesondere:   |
| 12              | Altenpflegerinnen und Altenpflege  |
| 13              | Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer   |
| 14              | Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten   |
| 15              | Ärztinnen und Ärzte  |
| 16              | Apothekerinnen und Apotheker   |
| 17              | Desinfektorinnen und Desinfektoren   |
| 18              | Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen   |
| 19              | Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen   |
| 20              | Hebammen   |
| 21              | Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer   |
| 22              | Medizinische Fachangestellte   |

|    |  |
|----|--|
| 23 | Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/-innen   |
| 24 | Medizinisch-technische Radiologieassistenten/-innen  |
| 25 | Medizinisch-technische Assistenten/-innen für Funktionsdiagnostik  |
| 26 | Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter   |
| 27 | Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten   |
| 28 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner  |
| 29 | Pharmazeutisch-technische Assistentinnen oder pharmazeutisch-technische Assistenten  |
| 30 | Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten nach § 1 des Rettungsassistentengesetzes  |
| 31 | Zahnärztinnen und Zahnärzte  |
| 32 | Zahnmedizinische Fachangestellte   |
| 33 | Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die unmittelbar in den Sektoren nach § 6 der Verordnung zur Bestimmung Kritischer Infrastrukturen nach dem BSI-Gesetz tätig sind. Dabei bleiben die Schwellenwerte der Anhänge 1, 2, 4 und 5 außer Betracht. |

**ACHTUNG:** Diese Ausnahme gilt nicht, wenn Ihr Kind

- Krankheitssymptome aufweist
- in Kontakt zu infizierten Personen steht oder seit dem Kontakt mit infizierten Personen noch nicht 14 Tage vergangen sind
- sich in den 14 Tagen vor Inkrafttreten dieser Verordnung oder danach in einem Risikogebiet für Infektionen mit dem SARS-CoV-2—Virus aufgehalten hat und noch keine 14 Tage seit der Rückkehr vergangen sind

**Bestätigung der Dienststelle/ Arbeitsstelle über die Zugehörigkeit zu den genannten Berufsgruppen/ Funktionsträgergruppen:**

Die/ der Mitarbeiterin/ Mitarbeiter Name/Vorname (**Elternteil 1**)

\_\_\_\_\_

gehört zu den Funktionsträgern gemäß der Liste nach der Nummer \_\_\_\_\_.

Offizieller Stempel der Dienststelle/ des Arbeitgebers\*

\_\_\_\_\_  
Datum, Name des Vertretungsberechtigten, Unterschrift

Die/ der Mitarbeiterin/ Mitarbeiter Name/Vorname (**Elternteil 2**)

\_\_\_\_\_

gehört zu den Funktionsträgern gemäß der Liste nach der Nummer \_\_\_\_\_.

Offizieller Stempel der Dienststelle/ des Arbeitgebers\*

\_\_\_\_\_  
Datum, Name des Vertretungsberechtigten, Unterschrift

\*bei Selbstständigen der genannten Berufsgruppen bitte Visitenkarte beilegen