



Versicherung der Kenntnisnahme der Regelung der SARS-CoV-2-Pandemie-Schutzverordnung und des Hygieneplans der OS Olbernhau ab 31.08.2020

zur Vorlage in der Einrichtung

Name und Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Folgende **Betretungsverbote** gemäß der Allgemeinverfügung zur Regelung des Betriebs von Schulen im Zusammenhang mit der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie (Bekanntmachung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt vom 13. August 2020) **habe ich zur Kenntnis genommen:**

Der Zugang ist Personen in die Oberschule Olbernhau nicht gestattet, wenn sie:

- nachweislich mit SARS-CoV-2 infiziert sind,
 - mindestens ein Symptom erkennen lassen, das auf eine Corona-Infektion hinweist,
 - innerhalb der vergangenen 14 Tage mit einer nachweislich mit Corona infizierten Person persönlichen Kontakt hatten, es sei denn, dass dieser Kontakt in Ausübung eines Berufes im Gesundheitswesen oder in der Pflege unter Wahrung der berufstypischen Schutzvorkehrungen stattfand oder
 - sich innerhalb der vergangenen 14 Tage in einem Risikogebiet im Sinne der Ziffer 1.2.7. aufhielten (*"Staaten oder Regionen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, für welche am Tage der Einreise in die Bundesrepublik nach Einstufung des Bundesministeriums für Gesundheit, des Auswärtigen Amtes und des Bundesministeriums des Innern zum Zeitpunkt des Aufenthalts ein erhöhtes Risiko für eine Infektion mit SARS-CoV-2 bestand"*).
- und keine nach Einreise aus dem Risikogebiet ausgestellte ärztliche Bescheinigung, nach der keine SARS-CoV-2-Infektion besteht, vorlegen.

Das betrifft in Europa Spanien-Festland einschließlich Balearen und seit 20.08. den Süden von Kroatien, die Regionen Sibenik Knin und Split-Dalmatien, Teile von Bulgarien und Rumänien. Wenn Sie sich nicht sicher sind, schauen Sie bitte auf die Webseite des Auswärtigen Amtes.

Die **Infektionsschutzmaßnahmen** gemäß der oben genannten Allgemeinverfügung, einschließlich der Regeln des anhängenden Hygieneplans der Oberschule Olbernhau gemäß § 36 des Infektionsschutzgesetzes **habe ich zur Kenntnis genommen.**

Ort, Datum

Unterschrift des / der Personensorgeberechtigten