

**Форма для подтверждения здоровья, необходимого  
для нормального обучения в условиях пандемии в школах  
земли Мекленбург-Передняя Померания  
с 1 августа 2020 г.**

Наименование школы
Почтовый адрес школы (улица, номер дома, почтовый индекс, населенный пункт)
Имя, фамилия ученицы/ученика
Дата рождения ученицы/ученика

Данной формой я **подтверждаю**, что мой ребенок в последние 14 дней не находился в области с высоким риском заболевания коронавирусом согласно текущему определению института Роберта Коха (см. по ссылке: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Risikogebiete\\_neu.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html)).

Если мой ребенок возвратился из области с высоким риском заболевания коронавирусом или особо пострадавшей области в Германии и карантин после возвращения был сокращен, я **подтверждаю**, что он был завершен в соответствии с действующими правилами положения о карантине SARS-CoV-2 после двух отрицательных результатов тестирования на наличие коронавируса SARS-CoV-2 (с периодичностью примерно в 5-7 дней), выполненного в отвечающих за это органах здравоохранения.

Далее, я **проинформирован(а)** о том, что моему ребенку не разрешается посещать школу, если:

- имеется один из связанных с коронавирусом симптомов, например, лихорадка с температурой выше 38 °C, кашель, нарушение обоняния и/или чувства вкуса, насморк (только в сочетании с вышеперечисленными симптомами),
- он(а) контактирует с инфицированными вирусом SARS-CoV-2 лицами или
- имел(а) контакт с инфицированными вирусом SARS-CoV-2 лицами в последние 14 дней.

Я **обязуюсь**, немедленно сообщать в школу о

- нарушениях здоровья моего ребенка или
- тесных контактах моего ребенка с лицами, имеющими положительный результат тестирования на наличие коронавируса (непрерывный тесный контакт более 15 минут с лицом, инфицированным вирусом SARS-CoV-2)

сразу, как мне станет известно об этом (обязанность согласно § 34 абз. 2 Закона о защите от инфекционных болезней).

За разъяснениями следует обращаться к врачу.

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись (лица, ответственного за воспитание)