

**Formular zur Gesundheitsbestätigung
für den Regelbetrieb unter Pandemiebedingungen in den Schulen
des Landes Mecklenburg-Vorpommern ab dem 2. August 2021**

Name der Schule	Gymnasium „Friedrich Ludwig Jahn“ Dietrich-Bonhoeffer-Platz 1 17489 Greifswald
Anschrift der Schule (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Haus 1: Tel. 03834 7920 * Fax 792222 Haus 2: Tel. 03834 8533090 * Fax 8533099
Vorname, Name der Schülerin / des Schülers	
Geburtsdatum der Schülerin / des Schülers	

Reiserückkehrende

Ich erkläre gemäß § 7 der 3. Schul-Corona-Verordnung in Verbindung mit §§ 4 und 6 der Coronavirus-Einreiseverordnung mit meiner Unterschrift, dass die oben genannte Schülerin / der oben genannte Schüler sich:

- in den vergangenen **14 Tagen** nicht in einem Virus-Variantengebiet (siehe Einstufung des Robert Koch-Institutes unter: <https://www.rki.de/covid-19-risikogebiete>) aufgehalten hat oder
- in den vergangenen **zehn Tagen** nicht in einem Risikogebiet (siehe Einstufung des Robert Koch-Institutes unter: <https://www.rki.de/covid-19-risikogebiete>) aufgehalten hat oder
- in den vergangenen **zehn Tagen** in einem Risikogebiet aufgehalten hat, aber einer der aktuell gültigen Ausnahmeregelungen unterfällt oder
- nicht aus sonstigen Gründen quarantänepflichtig geworden ist.

Datum

Unterschrift

(Elternteil / Erziehungsberechtigte /-berechtigter bzw. volljährige Schülerin /
volljähriger Schüler)

**Formular zur Selbsterklärung oder Bestätigung
eines negativen Testergebnisses ab dem 28. April 2021**

Name der Schule	
Anschrift der Schule (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Gymnasium „Friedrich Ludwig Jahn“ Dietrich-Bonhoeffer-Platz 1 17489 Greifswald Haus 1: Tel. 03834 7920 • Fax 792222 Haus 2: Tel. 03834 8533090 • Fax 8533099
Vorname, Name der Schülerin / des Schülers	
Geburtsdatum der Schülerin / des Schülers	

Ich **erkläre** mit meiner Unterschrift, dass für die oben genannte Schülerin / den oben genannten Schüler ein **negatives** Testergebnis vorliegt, das nicht älter **als 24 Stunden** ist. Der Test wurde entweder in der Häuslichkeit („Selbsttest“) oder unter Aufsicht einer fachkundigen Person (Antigen-Schnelltest oder PCR-Test – „Bürgertest“) durchgeführt.

Die Testung wurde vorgenommen am _____
(Datum, Uhrzeit der Testung)

Datum

Unterschrift

(Elternteil / Erziehungsberechtigte /-berechtigter bzw. volljährige Schülerin /
volljähriger Schüler)