

**An das Staatliche Schulamt  
bzw.  
an das Bildungsministerium (für Berufliche Schulen)  
- über die Schulleitung -**

**Erklärung über die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe nach Ziffer 6 des  
Hygieneplans Corona**

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_ (Name, Vorname),  
dass ich

- als über 60-Jährige(r)\*
- wegen einer vorbestehenden Grunderkrankung\*
- als Schwangere\*

als Person mit dem Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf (so genannte Risikogruppe) anzusehen bin und von der Schulleitung auf die Regelung in Ziffer 6 des „Hygieneplans Corona für die Schulen in Mecklenburg-Vorpommern“ hingewiesen wurde.

Ort, Datum:

Unterschrift:

\* Mehrfachangaben möglich