**z.H. Schulleitung und Schulamt**

**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: