

Grundschule Gartenstraße  
Gartenstraße 7/1  
71063 Sindelfingen  
☎ 07031 873484  
☎ 07031 873717



sekretariat@gs-gartenstrasse.de

Name, Vorname der Schülerin/des Schülers:

---

A Zugehörigkeit zu einer der folgenden Personengruppen (bitte ankreuzen):

- Schülerinnen/Schüler mit relevanten Vorerkrankungen
- des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. koronare Herzerkrankung und Bluthochdruck),
  - chronische Erkrankungen der Lunge (z. B. COPD),
  - Patienten mit chronischen Lebererkrankungen,
  - Patienten mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit),
  - Patienten mit einer Krebserkrankung,
  - Patienten mit geschwächtem Immunsystem (z. B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr beeinflussen und herabsetzen können, wie z.B. Cortison).

B Zugehörigkeit zu einer der folgenden Personengruppen (bitte ankreuzen):

- Personen, die mit anderen Menschen mit relevanten Vorerkrankungen (siehe oben) oder Schwangeren in häuslicher Gemeinschaft leben.

**Bei Schülerinnen und Schülern, die zu einer der beiden oben genannten Gruppen gehören, entscheiden die Erziehungsberechtigten über die Teilnahme am Unterricht. Die oben genannten Schülergruppen können von der Präsenzplicht an der Schule entbunden werden und bearbeiten weiterhin ihre Aufgaben zuhause.**

- Wir haben zur Kenntnis genommen, dass unser Kind nicht zum Unterricht erscheinen muss, möchten aber, dass eine Teilnahme am Unterricht erfolgt.

Hinweis: Bitte werfen Sie das ausgefüllte Formular bitte in den Briefkasten. Vielen Dank.

---

(Datum und Unterschrift)