Adresskopf Attest ausstellende\*r Ärzt\*in

Ort, Datum

**Ärztliches Attest zur Befreiung vom Präsenzunterricht**

Hiermit wird ärztlich bestätigt, dass der\*die Schüler\*in *Name und SV-Nummer der betroffenen Person* gemäß § 8 Absatz 1 COVID-19-Schulverordnung 2020/21

🞎 einer Risikogruppe gemäß COVID-19-Risikogruppe-Verordnung angehört.

🞎 mit Angehörigen einer Risikogruppe gemäß COVID-19-Risikogruppe-Verordnung im selben Haushalt lebt.

🞎 eine individuelle Erkrankung oder eine Vorerkrankung aufweist, die eine Isolation zwingend notwendig macht.

🞎 aufgrund steigender Infektionszahlen psychisch besonders belastet ist.

Die Genehmigung des ortsungebundenen Unterrichts durch die Schulleitung, sprich Befreiung vom Präsenzunterricht, ist aus diesem Grund aus ärztlicher Sicht dringend zu befürworten.

Unterschrift/Stempel behandelnde\*r Ärzt\*in