

Imię i nazwisko dziecka

Imię i nazwisko rodzica/rodziców (opiekunów prawnych)

Numer telefonu do kontaktu

Oświadczenia rodziców/opiekunów prawnych

Oświadczam, że moja córka/mój syn nie miała/nie miał kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby.

Na dzień złożenia oświadczenia, stan zdrowia dziecka jest dobry, dziecko nie przejawia żadnych oznak chorobowych (podwyższona temperatura, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe). Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Szkołę Podstawową w Żelistrzewie o wystąpieniu ww. oznak chorobowych i nie przyprowadzać chorego dziecka do Szkoły.

.....
(data i czytelny podpis rodzica)

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadom/świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne postanie dziecka na zajęcia rewalidacyjne do Szkoły Podstawowej w Żelistrzewie w aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz, że znane mi jest ryzyko, na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka mimo wprowadzonych w Szkole obostrzeń sanitarnych i wdrożonych środków ochronnych.

.....
(data i czytelny podpis rodzica)

Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w Szkole Podstawowej w Żelistrzewie Procedur związanych z reżimem sanitarnym oraz natychmiastowego odebrania dziecka z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu w Szkole.

.....
(data i czytelny podpis rodzica)

Wyrażam zgodę na dokonywanie przez pracownika Szkoły Podstawowej w Żelistrzewie pomiaru temperatury u mojego dziecka podczas każdorazowego wejścia do szkoły na zajęcia rewalidacyjne oraz - w razie potrzeby (wykazywanie objawów chorobowych) - podczas pobytu w szkole z wykorzystaniem termometru bezdotykowego.

.....
(data i czytelny podpis rodzica)

Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid-19 w moim najbliższym otoczeniu, tj. gdy ktoś z mojej rodziny zostanie objęty kwarantanną lub zachoruje na Covid – 19.

.....
(data i czytelny podpis rodzica)