Wołów, dnia ………………………

OŚWIADCZENIE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA/UCZNIA PEŁNOLETNIEGO UCZĘSZCZAJĄCEGO NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ I NIEPUBLICZNEGO LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCEGO W ZESPOLE SZKÓŁ SPOŁECZNYCH W WOŁOWIE

 W związku realizacją obowiązku szkolnego/obowiązku nauki …………………………………………………………

 ( imię i nazwisko dziecka ,klasa do której uczęszcza )

 jestem w pełni świadomy/a możliwością zarażenia się mojego dziecka, mnie, moich domowników, nauczycieli w szkole i innych dzieci wirusem SARS-CoV-2. Jestem świadomy/a, iż podanie nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich uczestników opieki wraz z nauczycielami ,pracownikami administracji i obsługi, dyrekcją jak również ich rodzinami.

Oświadczam, że:

* zapoznałem/am się i akceptuję procedury bezpieczeństwa w trakcie epidemii obowiązujące w szkole, nowe zasady higieny i nie mam w stosunku do nich zastrzeżeń,
* nikt z naszej rodziny (przebywający pod tym samym adresem)nie przebywa w chwili obecnej na kwarantannie,
* dziecko nie jest uczulone na środki dezynfekujące,
* zostałem/am poinformowany/a, iż zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektoratu Sanitarnego dziecko podczas pobytu w placówce będzie wychodziło na spacery poza teren Zespołu Szkół Społecznych w Wołowie, spędzało większość czasu podczas zajęć lekcyjnych na dworze oraz, że zgodnie z procedurami sanitarno-epidemiologicznymi rezygnuje się z fluoryzacji uzębienia (dotyczy uczniów ze szkoły podstawowej),
* wyrażam zgodę na pomiar temperatury dziecka termometrem bezdotykowym

 w trakcie przebywania w placówce.

Ponadto zobowiązuję się do:

* przyprowadzania dziecka zdrowego, bez objawów chorobowych, sugerujących chorobę zakaźną (duszności, kaszel, katar, gorączka, biegunka, utrata apetytu, utrata węchu lub smaku),
* przyprowadzanie dziecka do szkoły między godz.6.30– 8.30.
* odbierania dziecka przez osoby zdrowe, w godz.15.15-16.00.
* każdorazowego odbierania telefonu od pracowników szkoły, odebrania dziecka w trybie natychmiastowym z wyznaczonego w szkole pomieszczenia do izolacji, w przypadku gdyby u mojego dziecka wystąpiły niepokojące objawy chorobowe,
* posiadania przez rodzica i dziecka podczas wejścia do placówki maseczki ochronnej zakrywającej usta i nos,
* niezwłocznego powiadomienia placówki, gdy ktoś z mojej rodziny zostanie objęty kwarantanną lub zachoruje na chorobę Covid-19.

……………………………………………..

Podpis matki/prawnego opiekuna

………………………………………………….

Podpis ojca/prawnego opiekuna