**Deklaracja rodziców/opiekunów prawnych**

Deklaruję udział mojego dziecka, ucznia klasy…….., w konsultacjach z…..………………………..
 (*przedmiot)*

Imię i nazwisko ucznia ...........................................................................................

Imię i nazwisko rodzica/rodziców (opiekunów prawnych) ............................................................

Numery telefonu do kontaktu.......................................................................................

**Oświadczenia rodziców/opiekunów prawnych**

Oświadczam, że moja córka/ mój syn ............................................. 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 SP w Stachlewie o wystąpieniu w/w oznak chorobowych

..................................................

(data i czytelny podpis rodzica)

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadom/ świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne uczestnictwo w konsultacjach odbywających się w szkole, 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 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 codziennego pomiaru temperatury

u mojego dziecka 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)