Załącznik nr 1

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

Ja niżej podpisany/a:

…………………………………………………………………………………………………

( nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

oświadczam, że:

1. Moja córka/ mój syn:

 …………………………………………………………………………………………

 ( nazwisko i imię dziecka)

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. Stan zdrowia dziecka jest dobry, syn/córka nie przejawia żadnych oznak chorobowych, np. podwyższona temperatura, katar, alergia, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe.

1. Mimo wprowadzonych w szkole obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID – 19.
2. W przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w szkole (nie tylko na terenie) personel/dziecko/rodzic dziecka – zdaje sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę.
3. Dziecko **nie jest/jest** (niewłaściwe skreślić) uczulone na środki dezynfekujące.
4. Zostałem/am poinformowany i zapoznałem/łam się z Procedurami Bezpieczeństwa na terenie Zespołu Oświatowego w Pruszynie
5. Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących Procedur Bezpieczeństwa na terenie Zespołu Oświatowego w Pruszynie
6. Zobowiązuję się do posyłania do szkoły tylko i wyłącznie zdrowego dziecka, bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała.
7. Zobowiązuję się do natychmiastowego odebrania dziecka z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych, które wystąpiły w czasie pobytu

w placówce.

1. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę, iż w chwili widocznych oznak choroby

u mojego dziecka, a także jeżeli kontrolne sprawdzenie temperatury ciała wykaże wartości powyżej 37 stopni, w drodze jednostronnej decyzji dziecko nie zostanie

w danym dniu przyjęte do placówki i będzie mogło do niej wrócić po ustaniu wszelkich objawów chorobowych.

1. Wyrażam zgodę na kontrolny pomiar temperatury ciała przez pracownika placówki

z użyciem bezdotykowego termometru. Przyjmuję do wiadomości, że placówka zaleca, aby regularnie monitorować temperaturę ciała.

1. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach

 w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid-19 w moim najbliższym otoczenia.

1. Deklaruję pobyt dziecka w szkole tylko w czasie zajęć/konsultacji/opieki świetlicowej.

………………………………… …………………………………

 miejscowość, data podpis rodzica/opiekuna prawnego