

.....
.....
imię i nazwisko rodzica
miejsowość, data

.....
telefon do natychmiastowego kontaktu

**OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA, KTÓRE BĘDZIE
BRAŁO UDZIAŁ
W KONSULTACJACH GRUPOWYCH/INDYWIDUALNYCH Z NAUCZYCIELEM**

Oświadczam, że moje dziecko

Jest zdrowe oraz w ciągu 14 dni nie miało kontaktu z żadną osobą zarażoną przebywającą w kwarantannie lub izolacji. W przypadku wystąpienia objawów chorobowych nie będę przysyłała/przysyłał mojego dziecka na konsultacje i zawiadomię telefonicznie nauczyciela o tym fakcie. 1. Zapoznałam/em się i akceptuję procedurę bezpieczeństwa w trakcie epidemii COVID-19 obowiązującą w szkole na konsultacjach, nowe zasady higieny i nie mam w stosunku do nich zastrzeżeń. Procedura dostępna na stronie internetowej szkoły w Chyszówkach.

2. Jestem świadoma/y możliwości zarażenia się mojego dziecka, mnie, moich domowników, nauczycieli i innych dzieci wirusem COVID-19. Jestem świadoma/y, iż podanie nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich uczestników wraz z nauczycielami i dyrekcją jak również ich rodzinami. 3. Zobowiązuję się do systematycznego przypominania dziecku podstawowych zasad higieny (prawidłowego mycia rąk, zasłaniania ust i nosa przy kichaniu lub kasłaniu).

4. Wyrażam zgodę na mierzenie temperatury mojego dziecka w przypadku podejrzenia choroby i w przypadku zaistnienia takiej konieczności odebrania dziecka do 30 min.

5. Podczas wejścia do szkoły konieczne jest dezynfekcja dłoni oraz posiadanie przez dziecko maseczki ochronnej w drodze do i ze szkoły.

6. Zobowiązuję się do każdorazowego odbierania telefonu od nauczycieli/dyrektora.

7. O każdorazowej zmianie powyższych oświadczeń natychmiast powiadomię nauczyciela lub dyrekcję SP w Chyszówkach.

8. Wyrażam zgodę na przekazanie terenowej jednostce Sanepidu danych osobowych dziecka, rodzica/opiekuna w przypadku podejrzenia zarażenia COVID-19.

Chyszówki,

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego