

.....
(data, miejsce)

.....
Imię i nazwisko ucznia

.....
Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów

Oświadczenie

Ja rodzic/opiekun prawny dziecka (imię, nazwisko) uczęszczającego do klasy/oddziału Publicznego Przedszkola/Publicznej Szkoły Podstawowej w Zespole Szkolno-Przedszkolnym im. Kazimierza Ośki w Starych Słowikach oświadczam:

- 1) Moje dziecko oraz nikt z członków rodziny nie miał kontaktu z osobą zakażoną wirusem COVID-19, nikt z otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby (kaszel, katar, alergia, podwyższona temperatura).
- 2) W domu dziecka nikt nie jest objęty kwarantanną ani nie ma podejrzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2.
- 3) Nie będziemy zgłaszać jakichkolwiek roszczeń dotyczących ewentualnego zachorowania dziecka czy członków naszej rodziny na COVID-19, które mogłyby być związane z pobytem dziecka w jednostce.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Oświadczam, że zostałam/em zapoznana/y z zasadami organizacji pracy szkoły od 1 września, w tym:

- 1) z zakazem uczęszczania do szkoły dziecka z oznakami chorobowymi;
- 2) z zasadami przynoszenia i wnoszenia przez ucznia przyborów szkolnych;
- 3) z zasadami przyprowadzania i odbioru dziecka ze szkoły oraz zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących w jednostce procedur związanych z reżimem sanitarnym oraz natychmiastowego odebrania dziecka ze szkoły w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie jego pobytu w szkole.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Zgoda rodzica na pomiar temperatury dziecka/ucznia

Ja, niżej podpisany/-a, rodzic/prawny opiekun dziecka/ucznia *(imię i nazwisko dziecka)*, uczęszczającego do oddziału/klasz Publicznego Przedszkola/Publicznej Szkoły Podstawowej w Zespole Szkolno-Przedszkolnym im. Kazimierza Ośki w Starych Słowikach

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

na pomiar temperatury ciała mojego dziecka przez nauczyciela/opiekuna grupy/osobę uprawnioną zgodnie z zasadami bezpieczeństwa obowiązującymi w placówce, w szczególności w razie wystąpienia u mojego dziecka niepokojących objawów chorobowych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

** Niepotrzebne skreślić*