OŚWIADCZENIE RODZICÓW

Oświadczamy, że moja córka/ mój syn

……………………………………………………….

( nazwisko i imię dziecka)

1. Nie miał kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia, z którym dziecko miało kontakt nie przebywa na kwarantannie lub izolacji,
2. Stan zdrowia dziecka jest dobry, nie przejawia żadnych oznak chorobowych m. in podwyższonej temperatury, kataru, alergii, kaszlu, biegunki, duszności, wysypki, bólu mięśni, bólu gardła, utraty smaku czy węchu i innych nietypowych objawów.
3. Jednocześnie oświadczamy, iż jako Rodzice jesteśmy świadomi pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka w aktualnej sytuacji epidemiologicznej do Szkole Podstawowej im. św. Stanisława Kostki w Woli Wierzbowskiej.
4. Oświadczamy, iż zostaliśmy zapoznani z procedurami bezpieczeństwa w okresie pandemii koronawirusa obowiązującymi w Szkole Podstawowej im. św. Stanisława Kostki w Woli Wierzbowskiej oraz o ryzyku, na jakie narażone jest zdrowie mojego dziecka i naszych rodzin tj.:
5. mimo wprowadzonego w oddziale przedszkolnym i szkole reżimu sanitarnego i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID –19,
6. w przypadku wystąpienia zakażenia lub podejrzenia zakażenia w oddziale przedszkolnym lub na terenie szkoły u personelu, dzieci lub osób przyprowadzających i odbierających dzieci z oddziału przedszkolnego lub szkoły–zdaje sobie sprawę, iż moja rodzina zostanie skierowana na 14-dniową kwarantannę,
7. w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów u dziecka/osoby z kadry pracowniczej, osoba ta zostanie natychmiast umieszczona w przygotowanym wcześniej IZOLATORIUM, wyposażonym w niezbędne środki ochrony osobistej. Niezwłocznie zostanie powiadomiony rodzic dziecka oraz stosowne służby, organy.
8. oświadczamy, że w sytuacji zarażenia się naszego dziecka nie będziemy wnosić skarg, zażaleń i roszczeń do dyrektora Szkoły Podstawowej im. św. Stanisława Kostki w Woli Wierzbowskiej oraz organu prowadzącego, będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemiologicznego w kraju.
9. Wyrażamy/nie wyrażamy zgody na pomiar temperatury ciała naszego dziecka termometrem bezdotykowym na podstawie obserwacji nauczyciela (złe samopoczucie dziecka, wypieki, kaszel, apatyczność, dreszcze itp. objawy).
10. Numer telefonu do pilnego kontaktu…………………………………………………….

Wola Wierzbowska, ………………….. ………………………………….

 (data) (czytelne podpisy obojga rodziców)