**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW**

**w sprawie udziału dziecka w zajęciach opiekuńczo-wychowawczych dla uczniów klas I-III i konsultacjach dla uczniów pozostałych klas prowadzonych w szkołach prowadzonych przez Gminę Będzino**

*Podstawa:*

*- wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego, Ministra Zdrowia i Ministra Edukacji Narodowej dla szkół*

SZKOŁA (wpisać nazwę):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: ……………………………………………………………………………………………………….

IMIONA I NAZWISKA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Oświadczam, że**:

1. Od dnia ……………………………………………… moje dziecko będzie uczęszczało na zajęcia opiekuńczo-wychowawcze dla klas I-III / konsultacje\* (\*niewłaściwe skreślić) organizowane w warunkach szczególnych w związku z zapobieganiem i przeciwdziałaniem COVID-19.
2. Świadom odpowiedzialności karnej przekażę dyrektorowi szkoły lub wychowawcy istotne informacje i przygotuję moje dziecko do udziału w zajęciach zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministra Zdrowia, to jest:

* ,, Aby zapewnić dziecku odpowiednią opiekę podczas pobytu w placówce, **przekaż dyrektorowi lub nauczycielowi istotne informacje o stanie jego zdrowia.**
* Zaopatrz swoje dziecko w **indywidualną osłonę nosa i ust** podczas drogi do i z szkoły.
* Do szkoły powinno uczęszczać tylko dziecko zdrowe – bez objawów chorobowych.
* **Nie posyłaj dziecka do szkoły, jeżeli w domu przebywa ktoś na kwarantannie lub w izolacji.** Wówczas wszyscy musicie pozostać w domu oraz stosować się do zaleceń służb sanitarnych i lekarza.
* Wyjaśnij dziecku, żeby **nie zabierało do szkoły** niepotrzebnych przedmiotów czy zabawek.
* Regularnie przypominaj dziecku o **podstawowych zasadach higieny.**   
  Podkreśl, że powinno ono unikać dotykania oczu, nosa i ust, często myć ręce wodą z mydłem i nie podawać ręki na powitanie.
* Zwróć uwagę na odpowiedni sposób zasłania twarzy podczas kichania czy kasłania. Pamiętaj, że Ty także powinieneś je stosować, bo dziecko uczy się przez obserwację dobrego przykładu.”

1. Wyrażam zgodę na pomiary temperatury ciała mojego dziecka przy wejściu do szkoły oraz w trakcie zajęć.
2. Zobowiązuje się do przedłożenia niniejszego oświadczenia dyrektorowi szkoły przynajmniej jeden dzień przed terminem wskazanym w punkcie 1.

………………………….., ……………………… ……………………………… …………………………………

(miejscowość, data) (podpisy rodziców/prawnych opiekunów)

Adresy e-mail: Szkoła Podstawowa w Będzinie z siedzibą w Łeknie: [lekno\_szkola@op.pl](mailto:lekno_szkola@op.pl)

Szkoła Podstawowa w Dobrzycy: [spdobrzyca4@wp.pl](mailto:spdobrzyca4@wp.pl)

Szkoła Podstawowa im. Ludzi Morza w Mścicach: [sekretariat@szkolamscice.pl](mailto:sekretariat@szkolamscice.pl)

Szkoła Podstawowa im. Kardynała Ignacego Jeża w Tymieniu: [szkolatymien491@wp.pl](mailto:szkolatymien491@wp.pl)

**INFORMACJA**

O CZYNNIKACH RYZYKA COVID-19 ZARÓWNO U DZIECKA, JEGO RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW, JAK I INNYCH DOMOWNIKÓW ORAZ O DPOWIEDZIALNOŚCI ZA PODJETĄ DECYZJĘ ZWIAZANĄ Z WYSŁANIEM DZIECKA NA ZAJĘCIA, JAK I DOWOŻENIEM DZIECKA DO INSTYTUCJI

1. **Czynniki ryzyka COVID-19:**
2. **Otyłość -** jesteś narażony na wysokie ryzyko, jeśli masz wskaźnik masy ciała BMI równy 40 lub więcej. Otyłość zmniejsza wydolność płuc, a przez to pacjenci są bardziej podatni na infekcje górnych dróg oddechowych.
3. **Nadciśnienie tętnicze.**
4. **Cukrzyca.**
5. **Poważna choroba serca.**
6. **Przewlekła choroba płuc lub astma.**
7. **Problemy z krzepliwością krwi.**
8. **Upośledzenie układu odpornościowego -** obniżenie odporności może być spowodowane przez: leczenie raka za pomocą chemio i radioterapii, palenie tytoniu, przeszczep szpiku kostnego lub narządów, niedobory odporności, słabo kontrolowany HIV lub AIDS oraz długotrwałe stosowanie kortykosteroidów i innych leków osłabiających odporność. Choroby autoimmunologiczne, takie jak reumatoidalne zapalenie stawów lub toczeń, są często leczone lekami immunosupresyjnymi, które hamują odpowiedź immunologiczną, zwiększając ryzyko wystąpienia jakiegokolwiek rodzaju ciężkiej infekcji.
9. **Palenie tytoniu.**
10. **Choroby wątroby**.
11. **Choroby nerek i konieczność przeprowadzania dializy**.
12. **Wiek powyżej 65 roku życia** – starsze osoby częściej chorują na nadciśnienie i choroby sercowo-naczyniowe. Wraz z wiekiem ogólna wydajność płuc maleje, co ułatwia ich zainfekowanie. Występuje też stopniowe osłabienie układu odpornościowego, które zwiększa ryzyko zakażenia.
13. **Częste kontakty międzyludzkie**, w tym z osobami powracającymi z zagranicy, poddanymi kwarantannie, chorymi, przebywanie w skupiskach ludzi, pobyt za granicą w miejscach z rozwiniętą epidemią.

***W przypadku wątpliwości, czy znajdują się Państwo w grupie zwiększonego ryzyka zachorowania na COVID-19 należy skontaktować się z lekarzem.***

1. **Odpowiedzialność za podjęta decyzję związaną z posłaniem dziecka na zajęcia jak i dowożeniem dziecka do instytucji ponoszą rodzice/prawni opiekunowie.**

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją

………………………….., ……………………… ……………………………… …………………………………

(miejscowość, data) (podpisy rodziców/prawnych opiekunów)