***Załącznik 4***

 ***do Zarządzenia nr 49/2020 Dyrektora Publicznej Szkoły Podstawowej im. Kornela Makuszyńskiego w Suminie***

***z dnia 20 maja 2020r.***

**Oświadczenia dla rodziców, którzy podjęli decyzję o tym,
że ich dziecko będzie od dnia…………………….. uczestniczyć w zajęciach rewalidacji w Publicznej Szkole Podstawowej im. Kornela Makuszyńskiego w Suminie**

***(wypełniają i podpisują oboje rodzice)***

…………………………………………………………………… / ………………………………
Imię i nazwisko dziecka Klasa

Ja niżej podpisany/podpisana podjąłem/podjęłam decyzję o tym, że moje dziecko będzie od dnia…………………….. uczestniczyć w zajęciach rewalidacji w Publicznej Szkole Podstawowej im. Kornela Makuszyńskiego w Suminie .

                                                                                                ……………………………

…………………………......

 *podpisy rodziców*

Ja niżej podpisany/podpisana, wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała mojego dziecka  termometrem bezdotykowym przed wejściem do placówki, w razie wystąpienia objawów chorobowych i *profilaktycznie jeden raz dziennie w trakcie pobytu ucznia w placówce*

                                                                                                ……………………………

…………………………......

 *podpisy rodziców*

Ja niżej podpisany/podpisana, oświadczam, że nikt z domowników, w okresie ostatnich 14 dni:

* nie przebywa lub nie przebywał w kwarantannie
* nie przebywał w transmisji koronowirusa
* nie miał kontaktu z osobą, u której potwierdzono lub podejrzewano zakażenie koronawirusem

oraz że:

* u mojego dziecka nie występują objawy: gorączka, kaszel, uczucie duszności
	+ - 1. *właściwe zakreślić*

                                                                                                 ……………………………

…………………………......

 *podpisy rodziców*

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z:

1. „Procedury funkcjonowania zajęć rewalidacji w Publicznej Szkole Podstawowej im. Kornela Makuszyńskiego w Suminie w okresie ogłoszonego stanu epidemii w związku z zagrożeniem zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2”.
2. „Procedurą postępowania na wypadek podejrzenia zakażenia koronawirusem lub zachorowania na COVID-19 oraz zobowiązuję się do jej stosowania.

                                                                                                ………………………… …………………………
 *podpisy rodziców*

Jestem świadomy/świadoma, że podczas przebywania mojego dziecka na terenie Publicznej Szkoły Podstawowej im. Kornela Makuszyńskiego w Suminie, pomimo stosowanych procedur

bezpieczeństwa i postępowania oraz zastosowanych środków ochronnych, może dojść do zakażenia koronawirusemSARS-CoV-2.

Rozumiem i podejmuję ryzyko zakażenia oraz wystąpienia powikłań choroby COVID-19 (w tym nieodwracalnego uszkodzenia  płuc lub zgonu), a także przeniesienia zakażenia na inne osoby, w tym członków mojej rodziny.

                                                                                                ……………………………

…………………………......

 *podpisy rodziców*

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że Dyrektor lub osoba do tego uprawniona, w razie wdrażania „Procedur postępowania na wypadek podejrzenia zakażenia koronawirusem lub zachorowania na COVID-19 - & 3 pkt.1 lub w innym nagłym przypadku będzie mogła się ze mną skutecznie skontaktować telefonicznie.

**NUMER TELEFONU DO NATYCHMIASTOWEGO KONTAKTU:**……………………

1. ……………………………………….. ………………………………….

 Imię i nazwisko nr telefonu

2. ……………………………………….. ……………………………….....

 Im ię i nazwisko nr telefonu

                                                                                                 ……………………………

…………………………......

 *podpisy rodziców*