Imię i nazwisko dziecka …………………………………….…………………………………………

Imię i nazwisko rodzica/rodziców (opiekunów prawnych) …………………………………………….

Numery telefonu do kontaktu……………………………..…………………………………………….

**Oświadczenia rodziców/opiekunów prawnych**

Oświadczam, że moja córka/ mój syn ……………………………………… nie miał kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa  
na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby.

Na dzień złożenia oświadczenia, stan zdrowia dziecka jest dobry, dziecko nie przejawia żadnych oznak chorobowych (podwyższona temperatura, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe). Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Przedszkole o wystąpieniu ww. oznak chorobowych i nie przyprowadzać chorego dziecka do Przedszkola.

……………………………………………….

*data i czytelny podpis rodziców*

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadom/ świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka do oddziału przedszkolnego Szkoły Podstawowej im. Janusza Korczaka w Popowie w aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz że znane mi jest ryzyko, na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka mimo wprowadzonych w przedszkolu obostrzeń sanitarnych i wdrożonych środków ochronnych.

………………………………………………..

*data i czytelny podpis rodziców*

Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w przedszkolu procedur związanych z reżimem sanitarnym oraz natychmiastowego odebrania dziecka z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu w przedszkolu.

..…………………………………………………

*data i czytelny podpis rodziców*

Wyrażam zgodę na dokonywanie przez pracownika przedszkola codziennego pomiaru temperatury  
u mojego dziecka z wykorzystaniem termometru bezdotykowego.

....………………………………………………..

*data i czytelny podpis rodziców*

Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid-19 w moim najbliższym otoczeniu, tj. gdy ktoś z mojej rodziny zostanie objęty kwarantanną lub zachoruje na Covid – 19.

..…………………………………………………..

*data i czytelny podpis rodziców*