



84-110 Krokowa, ul. Szkolna 2

(58) 6737603, (58) 6737603

www.szkołażarnowiec.pl, sekretariat@szkołażarnowiec.pl

Załącznik nr 1

Do Procedury bezpieczeństwa w okresie pandemii Covid-19

Imię i nazwisko dziecka:

Imię i nazwisko rodzica/rodziców (opiekunów prawnych)

Numery telefonu do kontaktu.....

Godziny pobytu w szkole/świetlicy*

.....

Oświadczenia rodziców/opiekunów prawnych

Oświadczam, że nasza córka/ nasz 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 Dyrektora szkoły o wystąpieniu ww. oznak chorobowych i nie przyprowadzać chorego dziecka do szkoły.

.....
(data i czytelny podpis rodzica)

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

.....
(data i czytelny podpis rodzica)



84-110 Królowa, ul. Szkolna 2

(58) 6737603, (58) 6737603

www.szkołażarnowiec.pl, sekretariat@szkołażarnowiec.pl

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

.....
(data i czytelny podpis rodzica)

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

.....
(data i czytelny podpis rodzica)

Zobowiązuję się do poinformowania niezwłocznie 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 rodzica)

*- Niepotrzebne skreślić