

.....

(Imię i nazwisko dziecka)

### Oświadczenie Rodzica

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że:

1. Jestem świadomy/ a pełnej odpowiedzialności za posłanie dziecka do Szkoły w SOSW w Dąbrowie Górniczej w aktualnej sytuacji epidemicznej.
2. Oświadczam, iż zostałam poinformowany/a o ryzyku, na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka i naszych rodzin mimo wprowadzonych w szkole procedur sanitarnych, zgodnych z wytycznymi GIS i MEN oraz zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID –19.
3. Zapoznałem/łam się z treścią „Regulaminu bezpieczeństwa dotyczącej zapobiegania i przeciwdziałania COVID-19 wśród dzieci, rodziców i pracowników szkoły w trakcie prowadzonych w szkole zajęć”, będącą załącznikiem do zarządzenia Dyrektora SOSW.
4. Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w/w procedur związanych z reżimem sanitarnym, przede wszystkim: przyprowadzania do szkoły i odprowadzania do przewozu przywożącego dziecko do szkoły tylko i wyłącznie zdrowego dziecka, bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała oraz natychmiastowego odebrania dziecka z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu w placówce.
5. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, iż w chwili widocznych oznak choroby u mojego dziecka, dziecko nie zostanie w danym dniu przyjęte do placówki i będzie mogło do niej wrócić po ustaniu wszelkich objawów chorobowych, po okazaniu zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego jego stan zdrowia, umożliwiając ponowne przyjęcie.
6. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała:
  - przy wejściu i wyjściu z placówki dziecka termometrem,
  - w razie zaobserwowania u dziecka niepokojących objawów zdrowotnych.
7. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa COVID-19 w moim najbliższym otoczeniu.
8. Nikt z członków naszej rodziny w ciągu 14 dni nie miał kontaktu z osobą zarażoną koronawirusem lub przebywającą w kwarantannie.
9. Stan zdrowia dziecka jest dobry, syn/córka nie przejawia żadnych oznak chorobowych, np. podwyższona temperatura, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis rodziców/opiekunów)