*Załącznik do Procedur bezpieczeństwa dotyczących wznowienia pracy w Szkole Podstawowej im. Wojska Polskiego w Płazie*

*w okresie stanu epidemii*

*Zarządzenie nr 30/2020*

**OŚWIADCZENIE**

Imię i nazwisko ucznia…………………………………………….klasa………………..

Imię i nazwisko rodzica……………………………………………………………………

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 koronawirusa;

nie miał kontaktu z osobą, u której potwierdzono lub podejrzewano

zakażenie koronawirusem;

u mojego dziecka nie występują objawy: gorączka, kaszel, uczucie

duszności.\*

Jednocześnie oświadczam, że w przypadku wystąpienia którejkolwiek z wyżej wymienionych okoliczności zobowiązuję się bezzwłocznie powiadomić o zaistniałym fakcie dyrektora szkoły.

                                                                               \*w*łaściwe zaznaczyć*

………………………………   
 *data, podpis rodzica*

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1950 ze zm.) za podanie nieprawdziwych danych oświadczam, że informacje zawarte w powyższych oświadczeniach są prawdziwe.

………………………………   
 *data, podpis rodzica*

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że zapoznałam się z obowiązującymi Procedurami bezpieczeństwa dotyczącymi wznowienia pracy w Szkole Podstawowej im. Wojska Polskiego w Płazie w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w okresie stanu epidemii**.**

………………………………   
 *data, podpis rodzica*

Ja niżej podpisany/podpisana, wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała mojego dziecka  termometrem bezdotykowym w razie wystąpienia objawów chorobowych.

 ………………   
 *data, podpis rodzica*

Jestem świadomy/świadoma, że podczas przebywania mojego ucznia na terenie Szkoły Podstawowej im. Wojska Polskiego w Płazie, pomimo stosowanych procedur bezpieczeństwa i postępowania oraz zastosowanych środków ochronnych, może dojść do zakażenia koronawirusem SARS-CoV-19. Rozumiem i podejmuję ryzyko zakażenia oraz wystąpienia powikłań choroby COVID-19, a także przeniesienia zakażenia na inne osoby, w tym członków mojej rodziny.

………………………………   
 *data, podpis rodzica*