*Załącznik do Procedur bezpieczeństwa*

*dotyczących wznowienia pracy Szkoły Podstawowej*

*im. Mikołaja Kopernika w okresie epidemii*

**OŚWIADCZENIA**

***(wypełnia matka i ojciec osobno)***

…………………………………………………………………… / ……………………………  
 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 koronowirusa;

nie miał kontaktu z osobą, u której potwierdzono lub podejrzewano zakażenie  
 koronawirusem;

u mojego dziecka nie występują objawy: gorączka, kaszel, uczucie duszności\*

                                                                                          \*w*łaściwe zaznaczyć*

Jednocześnie oświadczam, iż w przypadku wystąpienia którejkolwiek z wyżej wymienionych okoliczności zobowiązuję się bezzwłocznie powiadomić o tym dyrektora szkoły.

………………………………   
 *data, podpis rodziców*

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

………………………………   
 *data, podpis rodziców*

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że zapoznałam się z obowiązującymi Procedurami bezpieczeństwa dotyczącymi wznowienia pracy w Szkole Podstawowej im. Mikołaja Kopernika w Balinie 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 dziecka na terenie Szkoły Podstawowej im. Mikołaja Kopernika w Balinie, 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*