**Załącznik**

Do Procedury zapewnienia bezpieczeństwa w Stowarzyszeniowej Publicznej Szkole Podstawowej w Steblowie w związku z wystąpieniem COVID- 19

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

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

Numery telefonów do kontaktu…………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję „ Procedurę zapewnienia bezpieczeństwa w SPSP w Steblowie, obowiązującą w związku z wystąpieniem sytuacji epidemiologicznej związanej z wirusem COVID 19”
2. Oświadczam, iż jestem świadomy/świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka do SPSP w Steblowie w aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz, że znane jest mi ryzyko na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka mimo wprowadzonych w szkole obostrzeń sanitarnych i wdrożonych środków ochrony.
3. Oświadczam, że na dzień złożenia oświadczenia, stan zdrowia mojego dziecka jest dobry, dziecko nie przejawia żadnych oznak chorobowych, (podwyższona temperatura, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu lub inne nietypowe). W razie wystąpienia w/w oznak zobowiązuję się niezwłocznie poinformować szkołę i nie przyprowadzać chorego dziecka do placówki.
4. W przypadku wystąpienia u dziecka niepokojących objawów w trakcie zajęć na terenie placówki zobowiązuję się do każdorazowego odbierania telefonu od opiekunów szkoły i odebrania dziecka w trybie natychmiastowym.
5. Wyrażam zgodę na dokonanie przez pracownika szkoły codziennego pomiaru temperatury u mojego dziecka oraz osoby przyprowadzającej z wykorzystaniem termometru bezdotykowego w okresie reżimu sanitarnego.
6. Oświadczam, że moja córka/ syn nie miał kontaktu z osobą zakażoną wirusem COVID 19, osobami, które powróciły z zagranicy oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa w kwarantannie ani izolacji, nie przejawia widocznych oznak chorobowych.
7. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa COVID- 19 w moim najbliższym otoczeniu tj. gdy ktoś z mojej rodziny zostanie objęty kwarantanną, izolacją lub zachoruje na COVID- 19.
8. Wyrażam zgodę na przekazanie terenowej stacji sanitarno- epidemiologicznej danych osobowych w przypadku zakażenia COVID-19.
9. Oświadczam, że znana mi jest treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych w związku z korzystaniem z usług SPSP w Steblowie w okresie uruchomienia placówki w reżimie sanitarnym.

……………………………………….………………………..

(Data i czytelny podpis składającego oświadczenie)