Jasieniec, dn. …………………….

**WNIOSEK UCZESTNICTWA W KONSULTACJACH**

**DLA UCZNIÓW SZKOŁY PODSTAWOWEJ**

**od 1 czerwca 2020 r.**

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

Klasa ………………………………………..

Deklaruję chęć uczestniczenia w konsultacjach od dnia 1 czerwca 2020 r.

z następujących przedmiotów:

1. …………………………..

2. …………………………..

3. …………………………..

4. …………………………..

5. …………………………..

Zobowiązuję się do przestrzegania zasad organizacji i przebiegu tych konsultacji oraz , że zachowam zasady bezpieczeństwa epidemicznego obowiązujące w szkole.

 …………………………………

 *podpis rodzica*

**OŚWIADCZENIA:**

Ja niżej podpisany/podpisana, wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała mojego dziecka termometrem bezdotykowym, w razie wystąpienia objawów chorobowych / oraz profilaktycznie jeden raz dziennie w trakcie pobytu dziecka w szkole.

 ……………………………

 podpis 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

oraz że:

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

 ⁎właściwe zakreślić

…………………………… podpis rodzica

Zobowiązuję się do poinformowania Dyrektora Szkoły o wszelkich zmianach

w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa COVID – 19 w moim najbliższym otoczeniu.

..……………………….

 podpis rodzica

Ja niżej podpisany oświadczam, że zapoznałem się z treścią procedury bezpieczeństwa w Publicznej Szkole Podstawowej im. Juliana Suskiego w Jasieńcu, dotyczącej zapobiegania i przeciwdziałania COVID – 19

 ……………………………

 podpis rodzica

Jestem świadomy/świadoma, że podczas przebywania mojego dziecka na terenie Publicznej Szkoły Podstawowej im. Juliana Suskiego w Jasieńcu, 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.

 …………………………..

 podpis rodzica