

ZAJĘCIA REWALIDACYJNE

Zgoda na udział dziecka w zajęciach rewalidacyjnych realizowanych od 25 maja 2020 r. w SP w Wojsce w bezpośrednim kontakcie ucznia z osobą prowadzącą te zajęcia

1. Imię i nazwisko dziecka:

2. Osoby i numery telefonów do natychmiastowego kontaktu:

a) Imię i nazwisko:, nr tel.

b) Imię i nazwisko:, nt tel.

Informuję, że **wyrażam / nie wyrażam (właściwie podkreślić) zgodę/ly** na udział mojego dziecka w zajęciach rewalidacyjnych realizowanych w bezpośrednim kontakcie z osobą prowadzącą te zajęcia.

Ponadto, oświadczam, że mój syn/córka:

- w ciągu ostatnich dwóch tygodni nie miał/a kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19, nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nikt nie przejawia widocznych oznak choroby.
- 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.

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadom/ świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka do Szkoły Podstawowej w Wojsce na zajęcia rewalidacyjne w aktualnej sytuacji epidemiologicznej.

Oświadczam, iż zostałam poinformowany/a o ryzyku, na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka i naszych rodzin tj.:

- mimo wprowadzonych w szkole obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID – 19.
- w przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w szkole (nie tylko na terenie) personel/dziecko/rodzic dziecka – zdaje sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę.
- w sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia u dziecka, jego rodziców lub personelu szkoła zostaje zamknięta (po konsultacji z PPSSE) do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na terenie szkoły oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie przechodzą kwarantannę.
- w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów u dziecka/osoby z kadry pracowniczej, osoba ta zostanie natychmiast umieszczona w przygotowanej wcześniej izolatce, wyposażonej w niezbędne środki ochrony osobistej, niezwłocznie zostanie powiadomiony rodzic/opiekun dziecka oraz stosowne służby i organy.
- Dziecko **nie jest / jest (właściwie podkreślić)** uczulone na jakiegokolwiek środki dezynfekujące.

Ponadto:

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z procedurą bezpieczeństwa na terenie placówki w okresie pandemii COVID-19
- Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała u mojego dziecka przed wejściem na teren placówki i w razie konieczności w czasie jego pobytu na zajęciach. Pomiaru temperatury będzie dokonywał wskazany pracownik szkoły.
- W przypadku jakichkolwiek zmian w deklaracji natychmiast powiadomię o tym fakcie nauczyciela prowadzącego zajęcia rewalidacyjne z moim dzieckiem.**
- W przypadku nieobecności mojego dziecka na zajęciach rewalidacyjnych niezwłocznie (do godziny 9.00 w danym dniu) powiadomię o tym fakcie nauczyciela prowadzącego zajęcia rewalidacyjne z moim dzieckiem i w przypadku choroby dziecka, złego samopoczucia poinformuję o tym.**

.....
(data, podpis rodzica/opiekuna)