Deklaracja

uczestnictwa w zajęciach rewalidacyjnych w Zespole Szkolno-Przedszkolnym   
w Wojkowicach Kościelnych

Imię i nazwisko matki ………………………………………………………………………………………………………………………….  
Imię i nazwisko ojca …………………………………………………………………………………………………………………………….  
Telefon kontaktowy …………………………………………… adres email ……………………………………………………………

Deklaruję/my\*, że od dnia …………………….. moje dziecko ……………………………………………………………………,

(imię i nazwisko, klasa)

będzie uczestniczyć w zajęciach rewalidacyjnych na terenie placówki

Jednocześnie oświadczam/y\* co następuje:

1. Zostałam/zostaliśmy\* zapoznani z Procedurą bezpieczeństwa obowiązującą na terenie szkoły i przedszkola w Zespole Szkolno-Przedszkolnym w Wojkowicach Kościelnych w związku z zagrożeniem COVID-19 Procedurą postepowania na wypadek podejrzenia zakażenia u uczniów i wychowanków oraz pracowników obowiązująca w Zespole Szkolno-Przedszkolnym w Wojkowicach Kościelnych i zobowiązujemy się do jej przestrzegania.
2. Jestem/Jesteśmy\* świadomi pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka do placówki w aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz że znane jest mi/nam jest ryzyko, na jakie jest narażone zdrowie dziecka mimo wprowadzonych w placówce obostrzeń sanitarnych i wdrożonych środków ochronnych.
3. Oświadczam/y\*, że moja córka/mój syn nie miał kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby.
4. Zobowiązuję/my\* się do codziennej obserwacji stanu zdrowia dziecka i w przypadku podejrzenia stanu chorobowego (podwyższona temperatura ciała, kaszel, katar) dziecko pozostanie w domu.
5. Zgadzam/my\* się na codzienny pomiar temperatury ciała dziecka bezdotykowym termometrem.
6. Jestem/Jesteśmy\* świadomi, że w przypadku stwierdzenia stanu chorobowego dziecka w czasie pobytu w szkole (podwyższona temperatura ciała, katar, kaszel, itp.), zostanie ono odizolowane od pozostałych dzieci i w sytuacji konieczności powiadomiona zostanie Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Dąbrowie Górniczej.
7. Zobowiązuję/my\* się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid-19 w moim najbliższym otoczeniu, tj. gdy ktoś z mojej rodziny zostanie objęty kwarantanną lub zachoruje na Covid – 19.

Podpisy rodziców/opiekunów prawnych ……………………………………………………  
Deklarację należy dostarczyć 3 dni przed rozpoczęciem zajęć poprzez pocztę elektroniczną [sekretariat@zspwk.edu.pl](mailto:sekretariat@zspwk.edu.pl)

\*Niepotrzebne skreślić