

## DEKLARACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH.

Ja niżej podpisana/podpisany deklaruje udział ucznia/absolwenta .....w konsultacjach przedmiotowych w Zespole Szkół Zawodowych im. Kard. Stefana Wyszyńskiego w Dynowie.

### Oświadczam, co następuje:

1. Zostałem/am poinformowany i zapoznałem/łam się z wytycznymi GIS, MZ, MEN, które zawierają obowiązujące nowe zasady higieny oraz procedurami bezpieczeństwa na terenie ZSZZ w Dynowie.
2. Zapoznałem się z Procedurą bezpieczeństwa ZSZZ w Dynowie oraz z Procedurą postępowania na wypadek zarażenia koronawirusem lub zachorowania na COVID-19 w ZSZZ w Dynowie.
3. Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących wytycznych i procedur bezpieczeństwa na terenie ZSZZ w Dynowie.
4. Moja córka/mój syn lub ja osobiście: .....  
(nazwisko i imię) nie miał/miałam/em kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Stan zdrowia dziecka/mój jest dobry. Syn/córka lub mój nie przejawia żadnych oznak chorobowych, np. podwyższona temperatura, katar, alergia, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe.
5. Przyjmuję do wiadomości, iż w chwili widocznych oznak choroby u mojego dziecka/u mnie zostanie sprawdzona temperatura ciała.
6. Wyrażam zgodę na kontrolny pomiar temperatury ciała przez pracownika placówki z użyciem bezdotykowego termometru.
7. W przypadku gdyby u mojego dziecka/u mnie wystąpiły niepokojące objawy chorobowe zobowiązuję się do każdorazowego odbierania telefonu od nauczycieli i odebrania dziecka nawet pełnoletniego dziecka w trybie natychmiastowym z wyznaczonego w szkole pomieszczenia do izolacji.
8. Jestem świadom/ świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka/osobiste przyjście do ZSZZ w Dynowie w aktualnej sytuacji epidemiologicznej.
9. Zostałam poinformowany/a o ryzyku, na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka/ moje i naszych rodzin.
10. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid-19 w moim najbliższym otoczeniu.
11. Wyrażam zgodę na przekazanie jednostce Sanepidu danych osobowych w przypadku zarażenia koronawirusem lub zachorowaniem na COVID-19 w szkole.
12. Mimo wprowadzonych w szkole obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID -19.
13. W sytuacji zarażenia się mojego dziecka/mnie na terenie szkoły nie będę wnosił skarg, zażaleń do Dyrektora ZSZZ w Dynowie, Nauczycieli oraz Organu Prowadzącego, będąc świadom zagrożenia epidemiologicznego wynikającego z panującej pandemii.

Imię i nazwisko ucznia/ absolwenta .....

Adres .....

Tel. Matki ..... Tel. Ojca .....

.

.....

(miejscowość, data

.....  
( podpis rodziców/opiekunów prawnych)

.....  
podpis pełnoletniego ucznia/absolwenta