

.....

.....

(imiona i nazwiska rodziców/
opiekunów prawnych)

.....

.....

(miejsce zamieszkania)

D E K L A R A C J A

**w sprawie korzystania z zajęć rewalidacyjnych
w okresie czasowego ograniczenia funkcjonowania Szkoły w związku z zapobieganiem,
przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID – 19**

Deklaruję, że moje dziecko będzie korzystało
(imię i nazwisko)

z zajęć rewalidacyjnych w Szkole Podstawowej nr 8 z Oddziałami Integracyjnymi w Żywcu:

- od dnia **2020 r.** na czas zmienionej organizacji pracy placówki
- w godzinach i zakresie zgodnie z harmonogramem ustalonym przez szkołę.

.....
(data i czytelny podpis matki/opiekunki prawnej)

.....
(data i czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego)

**Oświadczenie rodziców/prawnych opiekunów w związku z uczęszczaniem dziecka
na zajęcia rewalidacyjne w Szkole Podstawowej nr 8 z Oddziałami Integracyjnymi
w Żywcu w czasie epidemii COVID 19**

Ja,

niżej podpisany/a będący rodzicem małoletniego

uczęszczającego do Szkoły Podstawowej nr 8 w Żywcu oświadczam, co następuje:

- świadomy czynników ryzyka COVID – 19 w związku z uczęszczaniem dziecka do Szkoły oraz dowożeniem go do Placówki, które dotyczy zarówno dziecka jak i osób z nim mieszkających oświadczam, że chcę aby moje dziecko uczęszczało na zajęcia rewalidacyjne w czasie epidemii w dniach i w godzinach podanych w deklaracji,
- wyrażam zgodę na dokonywanie regularnych pomiarów temperatury ciała mojego dziecka termometrem bezdotykowym,
- w trakcie kontaktu z pracownikiem Placówki lub innym rodzicem, zobowiązuję się do zachowania 2 metrowego dystansu społecznego oraz obowiązkowego posiadania maseczki / przyłbicy,
- oświadczam, że żaden z domowników nie jest objęty kwarantanną ani izolacją,
- oświadczam, że moje dziecko nie posiada żadnych objawów chorobowych wskazujących na wystąpienie choroby zakaźnej,
- zobowiązuję się do poinformowania dyrektora Placówki poprzez kontakt telefoniczny 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,
- zobowiązuję się zapewnić niezwłoczny odbiór dziecka przez osobę upoważnioną w przypadku stwierdzenia u dziecka objawów chorobowych,
- **podaję aktualny numer telefonu, pod którym będzie dostępna osoba upoważniona do odbioru dziecka z Placówki przez cały czas pobytu dziecka w Szkole:, w celu ustalenia ścieżki szybkiego komunikowania się,**
- deklaruję pełne zastosowanie się do wytycznych, zawartych w dokumentach wydanych przez Ministra Edukacji Narodowej i Głównego Inspektora Sanitarnego oraz wyrażam zgodę na realizowanie zaleceń zawartych w tych wytycznych przez Placówkę, co może wiązać się z ograniczeniami pobytu i opieki nad dzieckiem, a także podporządkowanie się poleceniom dyrekcji i opiekunów w tym zakresie,
- oświadczam, iż znam i jestem świadomy zagrożeń na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka i rodziny w związku z uczęszczaniem na zajęcia rewalidacyjne do Szkoły w tym czasie. Zdaję sobie sprawę, że mimo wprowadzonych w Placówce obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych na terenie Placówki istnieje niebezpieczeństwo zakażenia wirusem COVID – 19,
- oświadczam, że zapoznałem/am się z wewnętrznymi procedurami bezpieczeństwa obowiązującymi w Placówce i wytycznymi epidemicznymi Ministra Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 maja 2020 r.

.....
(data i czytelny podpis matki/opiekunki prawnej)

.....
(data i czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego)