*Załącznik 5*

**OŚWIADCZENIA DLA RODZICÓW**

*(podpisują oboje rodzice)*

…………………………………………………………………… / ………………………………  
Imię i nazwisko dziecka klasa

OŚWIADCZENIA

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

…………………………

…………………………   
 *podpisy rodziców*

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
      1. *właściwe zakreślić*

                                                                                                ………………………… …………………………   
 *podpisy rodziców*

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z:

1. „Zasadami funkcjonowania Publicznej Szkoły Podstawowej w Kokoszkowach w okresie ogłoszonego stanu epidemii w związku z zagrożeniem zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2
2. „Procedurą postępowania na wypadek podejrzenia zakażenia koronawirusem lub zachorowania na COVID-19

oraz zobowiązuję się do jej stosowania.

                                                                                                ………………………… …………………………   
 *podpisy rodziców*

Informujemy, że jesteśmy w pełni świadomi zwiększonego reżimu sanitarnego i wymagań organizacyjnych. Zobowiązujemy się do przestrzegania wszystkich zaleceń dyrekcji oraz pracowników pedagogicznych i niepedagogicznych

…………………………

…………………………   
 *podpisy rodziców*

Jestem świadomy/świadoma, że podczas przebywania mojego dziecka na terenie Publicznej Szkoły Podstawowej w Kokoszkowach pomimo stosowanych procedur bezpieczeństwa   
i postępowania oraz zastosowanych środków ochronnych, może dojść do zakażenia koronawirusemSARS-CoV-2. Rozumiem i podejmuję ryzyko zakażenia oraz wystąpienia powikłań choroby COVID-19 (w tym nieodwracalnego uszkodzenia  płuc lub zgonu), a także przeniesienia zakażenia na inne osoby, w tym członków mojej rodziny.

………………………… …………………………   
 *podpisy rodziców*

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że Dyrektor lub osoba do tego uprawniona, w razie wdrażania „Procedur postępowania na wypadek podejrzenia zakażenia koronawirusem lub zachorowania na COVID-19 - & 3 pkt.1 będzie mogła się ze mną skutecznie skontaktować telefonicznie pod numerem:

1. ……………………………………….. ………………………………….

Imię i nazwisko nr telefonu

2. ……………………………………….. ………………………………......

Imię i nazwisko nr telefonu

…………………………

…………………………   
 *podpisy rodziców*