Deklaracja

uczestnictwa w zajęciach rewalidacyjnych na terenie Szkoły Podstawowej nr 2
w Siewierzu

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.

Jednocześnie oświadczam/y\* co następuje:

1. Zostałam/zostaliśmy\* zapoznani z Procedurą bezpieczeństwa obowiązującą na terenie szkoły
i przedszkola w Szkole Podstawowej nr 2 w Siewierzu w związku
z zagrożeniem COVID-19, Procedurą postępowania na wypadek podejrzenia zakażenia
u uczniów i wychowanków oraz pracowników obowiązującą w szkole Podstawowej nr 2 w Siewierzu 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 na 2 dni przed rozpoczęciem zajęć poprzez pocztę elektroniczną sp2.siewierz@poczta.onet.pl

\*Niepotrzebne skreślić