**Oświadczenie rodzica/opiekuna ucznia pełnoletniego**

**…………………………….………………………..……………**

**imię i nazwisko ucznia, wychowanka/ klasa/ placówka**

**w związku z udziałem dziecka w zajęciach na terenie szkoły**:

1. Oświadczam, że nie występują u mnie objawy wskazujące na występowanie choroby zakaźnej.
2. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała.
3. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni ja, ani inni domownicy nie mieliśmy kontaktu z osobą chorą z powodu infekcji wywołanej chorobą COVID-19 lub podejrzaną o zakażenie.
4. Oświadczam, że ani ja, ani inni domownicy nie są objęci kwarantanną.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z procedurami dotyczącymi bezpieczeństwa podczas przebywania w ZPS , w związku z zagrożeniem chorobą COVID-19 i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
6. Oświadczam, że nie oczekuję na wynik badań w związku z podejrzeniem zarażenia chorobą COVID-19.

Jestem świadomy, iż podanie nieprawdziwych informacji o moim stanie zdrowia naraża na kwarantannę wszystkie osoby mające kontakt ze mną .

1. Zobowiązuję się do przestrzegania procedur ogólnych zgodnych z wytycznymi MZ oraz GIS obowiązujących na terenie ZPS w Tczewie w związku z chorobą COVID-19.

…………………………………… …… ………………………………..

Temperatura pomiaru ciała Data i podpis rodzica/opiekuna/pełnoletniego ucznia

**Oświadczenie rodzica/opiekuna ucznia pełnoletniego**

**…………………………….………………………..……………**

**imię i nazwisko ucznia, wychowanka/ klasa/ placówka**

**w związku z udziałem dziecka w zajęciach na terenie szkoły:**

1. Oświadczam, że nie występują u mnie objawy wskazujące na występowanie choroby zakaźnej.
2. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała.
3. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni ja, ani inni domownicy nie mieliśmy kontaktu z osobą chorą z powodu infekcji wywołanej chorobą COVID-19 lub podejrzaną o zakażenie.
4. Oświadczam, że ani ja, ani inni domownicy nie są objęci kwarantanną.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z procedurami dotyczącymi bezpieczeństwa podczas przebywania w ZPS , w związku z zagrożeniem chorobą COVID-19 i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
6. Oświadczam, że nie oczekuję na wynik badań w związku z podejrzeniem zarażenia chorobą COVID-19.
7. Jestem świadomy, iż podanie nieprawdziwych informacji o moim stanie zdrowia naraża na kwarantannę wszystkie osoby mające kontakt ze mną .
8. Zobowiązuję się do przestrzegania procedur ogólnych zgodnych z wytycznymi MZ oraz GIS obowiązujących na terenie ZPS w Tczewie w związku z chorobą COVID-19.

…………………………………… …… ………………………………..

**Temperatura pomiaru ciała Data i podpis rodzica/opiekuna/pełnoletniego ucznia**