

## **Oświadczenie dla rodziców**

### **w sprawie zajęć rewalidacyjnych/zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka\***

..... /  
Imię i nazwisko ucznia/dziecka\*

.....  
klasa

1. Ja niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała mojego dziecka po wejściu do szkoły oraz w razie wystąpienia objawów chorobowych/profilaktycznie w trakcie pobytu dziecka w szkole.

.....  
podpis rodzica

2. Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że nikt z domowników, w okresie ostatnich 14 dni:

**Właściwe odpowiedzi zaznaczyć X**

- nie przebywa lub nie przebywał w kwarantannie
- nie miał kontaktu z osobą, u której potwierdzono lub podejrzewano zakażenie koronawirusem; oraz że:
- u mojego dziecka nie występują objawy: gorączka, kaszel, uczucie duszności

.....  
podpis rodzica

3. W przypadku wystąpienia wyżej wymienionych czynników, zobowiązuję się do natychmiastowego powiadomienia placówki.

.....  
podpis rodzica

4. Jestem świadomy/a, że podczas przebywania mojego dziecka na terenie Zespołu Szkół Specjalnych im. H. Szczerkowskiego w Grodzisku Mazowieckim pomimo stosowanych procedur bezpieczeństwa i postępowania oraz zastosowanych środków ochronnych, może dojść do zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2. Rozumiem i podejmuję ryzyko zakażenia oraz wystąpienia powikłań choroby COVID-19, a także przeniesienia zakażenia na inne osoby, w tym członków mojej rodziny.

.....  
podpis rodzica

5. W przypadku, gdyby u mojego dziecka wystąpiły niepokojące objawy chorobowe zobowiązuję się do odebrania dziecka w ciągu 1 godziny z wyznaczonego przez placówkę miejsca do izolacji.

.....  
podpis rodzica

6. Zapoznałem/am się z wytycznymi GIS, MZ i MEN oraz wewnętrznymi zasadami i procedurami przygotowanymi przez szkołę i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

czytelny podpis rodzica: .....

telefon kontaktowy: .....

\*Niepotrzebne skreślić