**OŚWIADCZENIE**

**…………………………..……………………….**

Imię i nazwisko ucznia

**NUMERY TELEFONÓW DO NATYCHMIASTOWEGO KONTAKTU**

Matka: ..........................................................

Ojciec:...........................................................

Deklaruję chęć korzystania **z zająć praktycznych** w trakcie obowiązującego na terenie kraju stanu epidemii COVID-19 **od dnia ……………………., w godzinach……………………………**

Jednocześnie oświadczam, że:

* + - 1. Jestem świadomy/a wystąpienia stanu epidemii choroby COVID-19 spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 i ryzyka związanego z przebywaniem w tym czasie w ZSS.
      2. Zapoznałam/em się, akceptuję i zobowiązuję się do przestrzegania procedur, obowiązujących w Zespole Szkół Specjalnych Nr 4 w Czechowicach-Dziedzicach w trakcie epidemii COVID-19.
      3. Na zajęcia przychodzę bez objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną takich jak np.: katar, kaszel, gorączka, duszności i inne niepokojące objawy chorobowe.
      4. W ciągu ostatnich dwóch tygodni nie miałem styczności z osobami, które wróciły  
         z zagranicy, odbywały kwarantannę lub izolację w warunkach domowych.
      5. Moja rodzina (osoby zamieszkałe pod tym samym adresem) nie jest objęta kwarantanną, ani izolacją w warunkach domowych.
      6. Nie przyjdę do szkoły, jeżeli którykolwiek z domowników zostanie poddany kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych.
      7. Wyrażam zgodę na mierzenie temperatury ciała.
      8. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku wystąpienia u mnie objawów chorobowych zostanę odizolowany od innych i umieszczony w odrębnym pomieszczeniu.
      9. **Nie jestem/jestem** (niewłaściwe skreślić) uczulony na wszelkie środki dezynfekujące.
      10. O każdorazowej zmianie informacji zawartych w powyższym oświadczeniu natychmiast powiadomię Dyrektora Zespołu Szkół Specjalnych Nr 4 w Czechowicach – Dziedzicach.

Czechowice-Dziedzice, dnia……………….…… ……….……………………………………………..………

Czytelny podpis Ucznia