**OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH DZIECKA**

**…………………………..……………………….**

Imię i nazwisko ucznia

**NUMERY TELEFONÓW DO NATYCHMIASTOWEGO KONTAKTU**

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

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

Deklaruję chęć korzystania **z zająć opiekuńczo-wychowawczych / konsultacji / zajęć rewalidacyjnych / zajęć rewalidacyjno-wychowawczych \*** mojego dziecka 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 dziecka 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. Do szkoły przyprowadzę, wyłącznie dziecko zdrowe, bez objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną takich jak np.: katar, kaszel, gorączka, duszności i inne niepokojące objawy chorobowe.
			4. W ciągu ostatnich dwóch tygodni dziecko nie miało 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 przyprowadzę dziecka do szkoły, jeżeli którykolwiek z domowników zostanie poddany kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych.
			7. Wyrażam zgodę na mierzenie temperatury ciała mojego dziecka.
			8. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku wystąpienia u dziecka objawów chorobowych zostanie ono odizolowane od innych dzieci i umieszczone w odrębnym pomieszczeniu.
			9. Zobowiązuję się do pilnego odebrania dziecka ze szkoły, z wyznaczonego pomieszczenia do izolacji, w przypadku wystąpienia u niego objawów chorobowych.
			10. Dziecko **nie jest/jest** (niewłaściwe skreślić) uczulone na wszelkie środki dezynfekujące.
			11. O każdorazowej zmianie informacji zawartych w powyższym oświadczeniu natychmiast powiadomię Dyrektora Zespołu Szkół Specjalnych Nr 4 w Czechowicach – Dziedzicach.

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

 Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna

\*właściwe podkreślić