Chrząstów, dnia …………….…………..

……………………………..

Imię i Nazwisko Dziecka

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/podpisana, oświadczam, że wykonuję zawód rekomendowany w wytycznych GIS, MZ i MEN tj. jestem pracownikiem systemu ochrony zdrowia, służb mundurowych, handlu i przedsiębiorstw produkcyjnych, realizujący zadania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 lub jesteśmy rodzicami pracującymi, którzy nie mają możliwości pogodzenia pracy z opieką nad dzieckiem w domu\*.

\*właściwe należy podkreślić

…………………………………….

podpis rodzica / prawnego opiekuna

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE**

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

* nie przebywa lub nie przebywał w kwarantannie.
* nie przebywał w transmisji koronowirusa.
* nie miał świadomego kontaktu z osobą, u której potwierdzono lub podejrzewano zakażenie koronawirusem
* nie występują objawy u mojego dziecka: gorączka, kaszel, katar, uczucie duszności, biegunka, utrata węchu lub smaku

\*właściwe należy podkreślić

…………………………………………………

podpis rodzica / prawnego opiekuna

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE**

Jestem świadomy/ świadoma, że podczas przebywania mojego dziecka na terenie Przedszkola w Zesp. Szkolno – Przedszkolnym w Chrząstowie, pomimo stosowanych procedur i środków ochronnych może dojść do zakażenia koronawirusem. Rozumiem i przyjmuję ryzyko zakażenia oraz powikłań COVID-19 (w tym nieodwracalnego uszkodzenia płuc lub zgonu), a także przeniesienia zakażenia na inne osoby, w  tym członków rodziny.

……………………

podpis rodzica / prawnego opiekuna

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZGODA**

Ja niżej podpisany/podpisana, wyrażam zgodę na codzienny pomiar temperatury ciała dziecka termometrem bezdotykowym

Wynik pomiaru w domu ……………………….

……….. …………………

podpis rodzica / prawnego opiekuna