**DEKLARACJA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH.**

 Ja niżej podpisana/podpisany deklaruję udział ucznia/absolwenta ....................................................w konsultacjach przedmiotowych w Zespole Szkół Zawodowych im. Kard. Stefana Wyszyńskiego w Dynowie.

 **Oświadczam, co następuje:**

1. Zostałem/am poinformowany i zapoznałem/łam się z wytycznymi GIS, MZ, MEN, które zawierają obowiązujące nowe zasady higieny oraz procedurami bezpieczeństwa na terenie ZSzZ w Dynowie.
2. Zapoznałem się z Procedurą bezpieczeństwa ZSzZ w Dynowie oraz z Procedurą postępowania na wypadek zarażenia koronawirusem lub zachorowania na COVID-19 w ZSzZ w Dynowie.
3. Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących wytycznych i procedur bezpieczeństwa na terenie ZSzZ w Dynowie.
4. Moja córka/mój syn lub ja osobiście: ...................................................................................................................

*(nazwisko i imię)* nie miał/miałam/em kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Stan zdrowia dziecka/mój jest dobry. Syn/córka lub mój nie przejawia żadnych oznak chorobowych, np. podwyższona temperatura, katar, alergia, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe.

1. Przyjmuję do wiadomości, iż w chwili widocznych oznak choroby u mojego dziecka/u mnie zostanie

 sprawdzona temperatura ciała.

1. Wyrażam zgodę na kontrolny pomiar temperatury ciała przez pracownika placówki z użyciem bezdotykowego termometru.
2. W przypadku gdyby u mojego dziecka/u mnie wystąpiły niepokojące objawy chorobowe zobowiązuję się do każdorazowego odbierania telefonu od nauczycieli i odebrania dziecka nawet pełnoletniego dziecka w trybie natychmiastowym z wyznaczonego w szkole pomieszczenia do izolacji.
3. Jestem świadom/ świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka/osobiste przyjście do ZSzZ w Dynowie w aktualnej sytuacji epidemiologicznej.
4. Zostałam poinformowany/a o ryzyku, na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka/moje i naszych rodzin.
5. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej odnośnie wirusa Covid-19 w moim najbliższym otoczeniu.
6. Wyrażam zgodę na przekazanie jednostce Sanepidu danych osobowych w przypadku zarażenia koronawirusem

 lub zachorowaniem na COVID-19 w szkole.

1. Mimo wprowadzonych w szkole obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie

sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID –19.

1. W sytuacji zarażenia się mojego dziecka/mnie na terenie szkoły nie będę wnosił skarg, zażaleń do Dyrektora ZSzZ w Dynowie, Nauczycieli oraz Organu Prowadzącego, będąc świadom zagrożenia epidemiologicznego wynikającego z panującej pandemii.

Imię i nazwisko ucznia/absolwenta ...........................................................................

Adres ...............................................................................................................................

Tel. Matki ..................................... Tel. Ojca ..........................................

 *. ..............................................................*

 *( podpis rodziców/opiekunów prawnych)*

*...........................................*

 *(miejscowość, data ……………………….……….*

 *podpis pełnoletniego ucznia/absolwenta*