**Oświadczenie rodziców/prawnych opiekunów o zamiarze korzystania z zajęć opiekuńczo-wychowawczych / konsultacji/zajęć rewalidacyjnych w Szkole Podstawowej nr 4**

**im. Mikołaja Kopernika w Pile w okresie stanu epidemii.**

Oświadczam/my, że:

1. Moja córka/mój syn …………………………………………………………………………………

nie miał kontaktu z osobą, u której stwierdzono zakażenie się wirusem COVID-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie pozostaje w izolacji, nie przejawia widocznych oznak choroby, rodzina nie jest objęta nadzorem epidemiologicznym.

1. Zobowiązuję się: przyprowadzać dziecko do szkoły na zajęcia do świetlicy/ wysłać dziecko na konsultacje / zajęcia rewalidacyjne bez objawów choroby: kataru, kaszlu, gorączki, duszności oraz bez żadnych innych niepokojących objawów chorobowych charakterystycznych dla COVID-19.
2. Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w Szkole Podstawowej nr 4 im. Mikołaja Kopernika w Pile regulaminów/procedur związanych z reżimem sanitarnym oraz natychmiastowego odebrania dziecka ze szkoły w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu w szkole.
3. Zobowiązuję się do poinformowania dyrektora szkoły o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej w związku z wirusem COVID-19 w moim najbliższym otoczeniu.
4. Wyrażam zgodę na każdorazowe mierzenie temperatury mojego dziecka przy przyjęciu do szkoły i w razie potrzeby pomiar w trakcie trwania opieki/konsultacji/zajęć rewalidacyjnych.
5. Wyrażam zgodę na przekazanie terenowej jednostce Sanepidu danych osobowych swoich i mojego dziecka w przypadku podejrzenia zarażenia COVID-19.
6. Znane mi/nam są czynniki ryzyka COVID-19, które mogą wystąpić u dziecka, pomimo podejmowanych przez Szkołę Podstawową nr 4 szczególnych rozwiązań sanitarnych, rekomendowanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego, Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej, związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.
7. Przyjmuję/przyjmujemy pełną odpowiedzialność za podjętą decyzję związaną z uczęszczaniem dziecka do szkoły na zajęcia opiekuńczo-wychowawcze/konsultacje/zajęcia rewalidacyjne.
8. **Moje/ nasze dziecko w okresie stanu epidemii będzie przebywało w szkole od dnia ………………….**

**w godz. od ……. do……. \*** (pkt.9dotyczy zajęć opiekuńczo-wychowawczych)

 **\*** właściwe podkreślić

Przyjąłem/am do wiadomości i wyrażam zgodę

Data ………………………. ……………………………………………………………………….

 (podpisy rodziców/ opiekunów prawnych)