**Szanowni Rodzice,**

W związku z pracą Przedszkola nr 3 w Kościerzynie w okresie wakacyjnym, placówka będzie funkcjonowała zgodnie z wewnętrznymi procedurami bezpieczeństwa, opracowanymi na podstawie Wytycznych GIS. Z  uwagi na powyższe, prosimy o wypełnienie niniejszej deklaracji, wraz ze wskazaniem konkretnych terminów, w których konieczne jest zapewnienie opieki przedszkolnej Państwa dziecku.

Apelujemy o rozważne i przemyślane deklaracje w rozbiciu na poszczególne dni, co umożliwi sprawną organizację przedszkola.

**DEKLARACJA**

**na miesiące wakacyjne lipiec, sierpień\* 2020 r.**

Informuję, że nasze/moje**\*** dziecko

..................................................................................................................................................................

*Imię i nazwisko dziecka*

będzie korzystało z opieki przedszkolnej:

* w następujących przedziałach czasowych (dni, godziny)

W godzinach:

od ……………………………..

do ……………………………….

* Proszę o zaznaczenie znakiem **X** wybranych dni

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LIPIEC 2020** | | | | | | **SIERPIEŃ 2020** | | | | |
| **PON** |  | 6 | 13 | 20 | 27 | 3 | 10 | 17 | 24 | 31 |
| **WT** |  | 7 | 14 | 21 | 28 | 4 | 11 | 18 | 25 |  |
| **ŚR** | 1 | 8 | 15 | 22 | 29 | 5 | 12 | 19 | 26 |  |
| **CZW** | 2 | 9 | 16 | 23 | 30 | 6 | 13 | 20 | 27 |  |
| **PT** | 3 | 10 | 17 | 24 | 31 | 7 | 14 | 21 | 28 |  |
| SB | 4 | 11 | 18 | 25 | 1 | 8 | 15 | 22 | 29 |  |
| NDZ | 5 | 12 | 19 | 26 | 2 | 9 | 16 | 23 | 30 |  |

Aktualne telefony kontaktowe do rodziców:

* Matki/opiekuna prawnego**\*** ……………………………………………………………………………………..
* Ojca/opiekuna prawnego**\*** ………………………………………………………………………………………

Jestem świadomy/świadoma, że podczas przebywania mojego dziecka na terenie Przedszkola nr 3   
w Kościerzynie, pomimo stosowanych procedur bezpieczeństwa i postępowania oraz zastosowanych środków ochronnych, może dojść do zakażenia koronawirusem SARS-CoV-19. Rozumiem i podejmuję ryzyko zakażenia oraz wystąpienia powikłań choroby COVID-19, a także przeniesienia zakażenia na inne osoby, w tym członków mojej rodziny.

Kościerzyna, …………………….……. 2020 r. …………………………..............................................

*Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

**\***  *niepotrzebne skreślić*