Załącznik nr 1

**Oświadczenie rodzica (opiekuna prawnego) dziecka**

**uczęszczającego do Szkoły Podstawowej im. ks. Jana Twardowskiego w Dobieszczyźnie**

**na zajęcia rewalidacyjne w okresie pandemii COVID-19**

Imię i nazwisko ucznia……………………………………….../Klasa………………………

Zapoznałam/em się i akceptuję procedury bezpieczeństwa w trakcie epidemii COVID-19 obowiązujące w szkole, nowe zasady higieny i nie mam w stosunku do nich zastrzeżeń. Wiem, że w trakcie zabiegów dezynfekcji stosowane będą środki chemiczne mogące powodować objawy alergii.

*podpis rodzica* ………….………………….

Ja niżej podpisany/podpisana, wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała mojego dziecka termometrem bezdotykowym, przy wejściu dziecka do budynku, a także w razie wystąpienia objawów chorobowych.

*podpis rodzica*……………………………*…*

Jestem świadomy/świadoma, że podczas przebywania mojego dziecka na terenie Szkoły Podstawowej im. ks. Jana Twardowskiego w Dobieszczyźnie, 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.

*podpis rodzica* …………………………….

Zobowiązuję się do przyprowadzania do szkoły wyłącznie zdrowego dziecka, bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała.

Zobowiązuję się w trybie pilnym (w ciągu godziny) odebrania dziecka z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych, które wystąpiły w czasie pobytu w szkole.

*podpis rodzica* …………………………….

**Pilny aktualny kontakt telefoniczny: ……………………………………..**

Data ……………………………

Podpis rodzica/opiekuna prawnego…………………………

………………………………………………

imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego)

**Oświadczenie rodzica (opiekuna prawnego) dziecka**

**………………..…………………………………**

**(Imię i nazwisko dziecka, klasa)**

**uczęszczającego do Szkoły Podstawowej im. ks. Jana Twardowskiego w Dobieszczyźnie**

**w okresie pandemii COVID-19 na zajęcia rewalidacyjne**

Oświadczam, iż w związku ze zmianami wprowadzonymi przez MEN od dnia 18.05.2020r. związanymi z możliwością prowadzenia w szkole bezpośrednich zajęć z wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, zajęć rewalidacyjnych oraz zajęć korekcyjno- kompensacyjnych moje dziecko będzie korzystało z przyznanych mu zajęć:

………………………………………………………………………………………………….

(proszę wpisać rodzaj zajęć)

na terenie placówki w terminie ustalonym z nauczycielem prowadzącym zajęcia.

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/am się z ogólnymi procedurami obowiązującymi w Szkole Podstawowej im. ks. Jana Twardowskiego w Dobieszczyźnie w związku z pobytem dzieci w szkole oraz prowadzenia zajęć na terenie placówki.

Ważny aktualny kontakt telefoniczny: …………………………………………

Dobieszczyzna, ………………………………………

Czytelny podpis rodzica (prawnego opiekuna)