

.....(miejsowość),(data)

**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZNIĄ/WYCHOWANKA
SPECJALNEGO OŚRODKA SZKOLNO- WYCHOWAWCZEGO
WYNIKAJĄCE Z AKTUALNYCH WYTYCZNYCH GIS, MZ, MEN I ORGANIZACJI PRACY PLACÓWKI**

Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych dziecka:

Ja, (imię i nazwisko Rodzica/prawnego
Opiekuna) legitymujący/a się dowodem osobistym seria i numer
..... oświadczam, że stan zdrowia mojego dziecka
..... (imię i nazwisko dziecka)

jest dobry i nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do aktywnego uczestnictwa w zajęciach szkolnych
w SOSW w Damnicy.

Dziecko: - jest zdrowe, bez infekcji i objawów chorobowych, sugerujących chorobę zakaźną, w
okresie ostatnich 14 dni przed rozpoczęciem zajęć szkolnych nie zamieszkiwało i nie miało styczności
z osobą przebywającą na kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych.

Ponadto oświadczam, że :

-zobowiązuje się do poinformowania SOSW w Damnicy o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej
odnośnie wirusa COVID-19 w moim najbliższym otoczeniu,

- zobowiązuję się do niezwłocznego odbioru dziecka ze szkoły w przypadku wystąpienia u niego
niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności; koszty
związane z odbiorem dziecka obciążą Rodzica / prawnego Opiekuna,

- podczas dowozu indywidualnego do szkoły zgadzam się na zmierzenie temperatury mojemu
dziecku, a w razie temperatury wyższej od 37,5 °C lub innych niepokojących objawów na odmowę
przyjęcia dziecka do placówki,

- Rodzice/prawni Opiekunowie odprowadzając dziecko do szkoły powinni być zdrowi i nie wykazywać
żadnych objawów infekcji lub choroby zakaźnej, są także zobligowani do zachowania dystansu
społecznego oraz posiadania zabezpieczenia nosa i ust,

- procedura może ulec modyfikacji ze względu na konieczność dostosowania się do aktualnych
przepisów, wytycznych i rekomendacji Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektoratu Sanitarnego
oraz Ministerstwa Edukacji Narodowej,

- w razie objawów choroby zakaźnej dziecko zostanie umieszczone w oddzielnym pomieszczeniu
(zgodnie z wytycznymi) do czasu wykluczenia przez lekarza choroby zakaźnej.

..... (czytelny podpis Rodzica/prawnego Opiekuna)