**Oświadczenie rodziców / opiekunów prawnych dziecka w związku z COVID-19**

Imię i nazwisko dziecka …………………………………….…………………………………………

Imię i nazwisko rodzica/rodziców (opiekunów prawnych)

…….…………………………………………………………...........

Numery telefonu do kontaktu

……………………………..…………………………………………………

Oświadczam, że moja córka / syn ……………………………………………………………...

imię i nazwisko dziecka

 nie miał/a kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid – 19

 nikt z członków najbliższej rodziny , otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby.

 Stan zdrowia mojego dziecka jest dobry - nie przejawia żadnych objawów infekcji\* sugerujących chorobę zakaźną

 jest przyprowadzane i odbierane przez osoby zdrowe

Numery telefonu do szybkiego kontaktu ……………………………..………………….

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadom/ świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka na półkolonie organizowane w dniach 29.06.2020-03.07.2020 przez Fundację „Krzyżowa” dla Porozumienia Europejskiego w aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz, że znane mi jest ryzyko na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka mimo wprowadzonych w placówce obostrzeń sanitarnych i wdrożonych środków ochronnych.

Zostałem/łam poinformowany/a o ryzyku na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka i naszych rodzin w związku z zakażeniem Covid – 19, mimo wprowadzonego w placówce reżimu sanitarnego i wdrożonych wszelkich środków ochronnych

- w przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w placówce (nie tylko na terenie) personel/dziecko/rodzina dziecka zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę.

- w sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia u dziecka, jego rodziców lub personelu placówka zostanie zamknięta do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na terenie placówki oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie przechodzą kwarantannę.

Oświadczam, że w sytuacji zarażenia się mojego dziecka na terenie placówki nie będę wnosił skarg, zażaleń, pretensji do organu prowadzącego będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemiologicznego płynącego z obecnej sytuacji w kraju.

………………………………….

podpis rodzica/opiekuna

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Dyrektora Szkoły o wszelkich zmianach dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka, członków rodziny, lub osób z którymi się zetknęło, w tym o objęciu kwarantanną lub zachorowaniu na Covid - 19

………………………………….

podpis rodzica/opiekuna

Zobowiązuję się do natychmiastowego odebrania (max do 30 min.) dziecka z placówki w razie wystąpienia u niego jakichkolwiek objawów infekcji\* podczas pobytu w placówce. Przyjmuje do wiadomości i akceptuje, iż w chwili widocznych oznak choroby u mojego dziecka, dziecko nie zostanie w danych dniu przyjęte do placówki i będzie mogło do niej wrócić po ustaniu wszelkich objawów chorobowych min. 7 - 14 dni.

………………………………….

podpis rodzica/opiekuna

Wyrażam zgodę na pomiar temperatury u mojego dziecka w razie zauważonych niepokojących objawów za pomocą bezdotykowego termometru

………………………………….

podpis rodzica/opiekuna

Zobowiązuję się do niezwłocznego – do 12 godzin – odbioru mojego dziecka/podopiecznej/podopiecznego z wypoczynku w przypadku wystąpienia u niej/niego niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności).

………………………………….

podpis rodzica/opiekuna

Oświadczam, że zaopatrzyłam/zaopatrzyłem moje dziecko/podopieczną/podopiecznego w indywidualne osłony nosa i ust do użycia podczas pobytu na wypoczynku.

………………………………….

podpis rodzica/opiekuna

**\*Jako objawy infekcji rozumie się np. gorączka, katar, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, alergia skórna, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe objawy.**

Zgodnie z rekomendacją Ministerstwa Zdrowia, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz w trosce o bezpieczeństwo Państwa, dzieci i personelu placówki prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania.

ANKIETA (otocz pętlą prawidłową odpowiedź)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 1. | Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko/ktoś z domowników za granicą? | TAK | NIE | | | 2. | Czy Pan/Pani/dziecko/ktoś z domowników jest objęty obecnie kwarantanną/ nadzorem epidemiologicznym? | TAK | NIE | | | 3. | Czy obecnie występują u dziecka objawy infekcji \*? | TAK | NIE | | | 4. | Czy obecnie lub w ciągu ostatnich dwóch tygodni występowały u kogoś z domowników objawy infekcji\*? | obecnie | TAK | NIE | | w ciągu ostatnich 2 tygodni | TAK | NIE | | 5. | Czy Pan/Pani/ dziecko/ ktoś z domowników miał kontakt w ciągu ostatnich 2 tygodni kontakt z osobą zakażoną wirusem Covid-19 ? | TAK | NIE | | |