

Imię i nazwisko rodzica:

Imię i nazwisko dziecka:

Telefon kontaktowy : Mama Tata

Telefon do pracy: Mama Tata *

Na podstawie § 4d Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 11 marca 2020 r. w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 410 ze zm.) oraz wytycznych Ministerstwa Zdrowia i Państwowej Inspekcji Sanitarnej, prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania oraz złożenie poniższych oświadczeń:

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA

1. Czy dziecko jest zdrowe: **TAK / NIE** / podkreślić właściwe /
2. Czy w ostatnich dwóch tygodniach dziecko chorowało: **TAK / NIE** / podkreślić właściwe /
3. Czy u dziecka występują: duszności, kaszel, katar, gorączka, utrata apetytu, osłabienie, wysypka, zapalenie spojówek - / podkreślić objaw, który występuje /
4. Czy ciągu ostatnich dwóch tygodni dziecko był po za granicami kraju: **TAK / NIE** / podkreślić właściwe /
5. Czy dziecko miało kontakt z osobą która przebywa na kwarantannie lub w izolacji ? **TAK / NIE** / podkreślić właściwe /
6. Czy dziecko miało kontakt w ciągu ostatnich dwóch tygodni z osobą która wróciła z zagranicy ? **TAK / NIE** / podkreślić właściwe /
7. Czy dziecko miało kontakt z osobą chorą, u której stwierdzono COVID-19 **TAK / NIE** / podkreślić właściwe /
8. Czy dziecko miało kontakt z osobą chorą, przeziębioną itp.? **TAK / NIE** /podkreślić właściwe/
9. Czy Dziecko jest uczulone na wszelkie środki dezynfekujące (zawierające min. 60% alk.)?

TAK / NIE /podkreślić właściwe/

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą, nie istnieją żadne przeciwwskazania zdrowotne do uczęszczania mojego dziecka do przedszkola.

ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO NIEZWŁOCZNEGO ZGŁOSZENIA JAKIKOLWIEK ZMIAN DOTYCZĄCYCH NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA.

Zobowiązuję się do natychmiastowego odebrania dziecka z przedszkola w razie wystąpienia u niego jakichkolwiek objawów chorobowych.

.....

(data, czytelny podpis rodziców)

* W przypadku gdy Rodzice nie mogą korzystać z telefonu prywatnego w pracy

ZGODA NA POMIAR TEMPERATURY CIAŁA DZIECKA

Na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. UE.L. z 2016 r. Nr 119, poz.

1) wyrażam zgodę na dokonywanie pomiaru temperatury u mojego dziecka

/imię i nazwisko dziecka/

.....

(data, czytelny podpis rodziców)

OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

1. Oświadczam, iż jestem świadom/ świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka do Miejskiego Przedszkola nr 9 " Kubuś Puchatek" w Szczytnie w aktualnej sytuacji epidemiologicznej.
2. Oświadczam, iż jestem świadom/ świadoma o ryzyku, na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka i naszych rodzin tj.:1.mimo wprowadzonych w przedszkolu obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID –19,.
3. W przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w przedszkolu (nie tylko na terenie) personel/dziecko/rodzic dziecka –zdaje sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę.
4. Oświadczam, że w sytuacji zarażenia się mojego dziecka na terenie placówki nie będę wnosił skarg, zażaleń, pretensji do dyrektora przedszkola oraz organu prowadzącego, będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemiologicznego płynącego z obecnej sytuacji w kraju.
5. Zobowiązuję się do stosowania się do wszelkich procedur bezpieczeństwa obowiązujących w przedszkolu, w szczególności dotyczących zasad odbierania i przyprawiania dziecka oraz do poinstruowania dziecka o zasadach pobytu w przedszkolu.

.....

(data, czytelny podpis rodziców)