

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH
UMIESZCZAJĄCYCH DZIECKO W INTERNACIE**

Ja, niżej podpisany/a:

.....

(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

oświadczam, że:

1. Moja córka/ mój syn:

.....

(nazwisko i imię dziecka)

nie miał kontaktu z osobą zakażoną wirusem COVID-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Stan zdrowia dziecka jest dobry, syn/córka nie przejawia żadnych oznak chorobowych, np. podwyższona temperatura, katar, alergia, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe.

2. Jestem świadom/ świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka do Internatu w aktualnej sytuacji epidemiologicznej.
3. Zostałam poinformowany/a o ryzyku, na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka i naszych rodzin.
4. Mimo wprowadzonych w szkole i w internacie obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID-19.
5. W przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w szkole/internacie (nie tylko na terenie) personel/dziecko/rodzic dziecka – zdaję sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę.

6. Dziecko **nie jest** / **jest** (niewłaściwe skreślić) uczulone na wszelkie środki dezynfekujące.
7. **Wyrażam** / **nie wyrażam** zgody na kontrolny pomiar temperatury ciała mojego dziecka przez pracownika placówki z użyciem bezdotykowego termometru w przypadku podejrzenia wystąpienia symptomów chorobowych COVID-19.
8. W sytuacji zarażenia się mojego dziecka na terenie placówki nie będę wnosił skarg, zażaleń, pretensji do dyrektora Zespołu Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego im. Stanisława Staszica w Sejnach oraz Organu Prowadzącego, będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemiologicznego wynikającego z panującej obecnie pandemii.
9. Powiadomię kierownika internatu o sytuacji, jeżeli u dziecka wystąpią objawy związane z COVID-19 w okresie 14 dni od wizyty w szkole.

.....
miejsowość, data

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego