

WNIOSEK O WZNOWIENIE REALIZACJI ZAJĘĆ REWALIDACYJNYCH
W OKRESIE EPIDEMII WIRUSA SARS-COV-2
W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 9 W ZSP NR 1 W TYCHACH
W TYCHACH

Ja, niżej podpisany/podpisana

.....;
(imię i nazwisko rodzica/rodziców/opiekunów prawnych)

wnoszę o umożliwienie udziału mojemu dziecku w zajęciach rewalidacyjnych na terenie szkoły/przedszkola:

.....
(imię i nazwisko ucznia)

od dnia w godzinach i zakresie zgodnie z harmonogramem ustalonym przez szkołę/przedszkole.

Aktualne kontaktowe numery telefonów do rodziców/opiekunów prawnych:

- 1) -
(imię i nazwisko – nr telefonu)
- 2) -
(imię i nazwisko – nr telefonu)

OŚWIADCZENIA, ZGODY I ZOBOWIĄZANIA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

1. Oświadczam, że przyjmuję pełną odpowiedzialność za podjętą decyzję związaną z prowadzeniem zajęć rewalidacyjnych w bezpośrednim kontakcie dziecka z osobą prowadzącą te zajęcia na terenie szkoły/przedszkola i jestem w pełni świadomy/świadoma, iż przebywając w szkole/przedszkolu w czasie trwającej epidemii może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV2 lub zakażenie może zostać przeniesione na członków rodziny lub innych domowników, mimo przestrzegania z należytą starannością przez personel szkoły wszystkich wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministra Zdrowia.

.....
Podpis obydwójga rodziców/ prawnych opiekunów

2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z wytycznymi przeciwepidemicznymi Głównego Inspektora Sanitarnego, Ministra Zdrowia i Ministra Edukacji dla szkół i akceptuję ich treść oraz zobowiązuje się do ich stosowania.

.....
Podpis obydwójga rodziców/ prawnych opiekunów

3. Oświadczam, że osoby wspólnie zamieszkujące z uczniem nie są objęte kwarantanną, nie pozostają w izolacji, ani też pod stałą kontrolą Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.

.....
Podpis obojga rodziców/ prawnych opiekunów

4. Oświadczam, że moje dziecko nie ma żadnych objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną (np. gorączka, kaszel, uczucie duszności, utrata węchu lub smaku), a w przypadku ich wystąpienia u dziecka; powzięcia informacji o zastosowaniu izolacji, kwarantanny lub nadzoru sanitarno-epidemiologicznego w stosunku do którejkolwiek z osób wspólnie zamieszkujących z dzieckiem lub osób, z którymi miało kontakt w ciągu 14 dni przed wykryciem objawów/powzięcia informacji o zakażeniu, zobowiązuję się do natychmiastowego zaprzestania przyprowadzania dziecka na zajęcia do szkoły/przedszkola i poinformowania o tym dyrektora szkoły/przedszkola.

.....
Podpis obojga rodziców/ prawnych opiekunów

5. Zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w szkole wewnętrznych procedur związanych z obowiązującym reżimem sanitarnym oraz natychmiastowego odebrania dziecka ze szkoły w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu w szkole/przedszkolu.

.....
Podpis obojga rodziców/ prawnych opiekunów

6. Wyrażam zgodę na dokonywanie przez pracownika szkoły pomiaru temperatury mojego dziecka z wykorzystaniem termometru bezdotykowego każdorazowo przed rozpoczęciem zajęć.

.....
Podpis obojga rodziców/ prawnych opiekunów

7. Przyjmuję do wiadomości, że warunkiem realizacji zajęć rewalidacyjnych z uczniem w szkole/przedszkolu jest podpisanie wszystkich w/w oświadczeń, zgód i zobowiązań przez obojga rodziców/opiekunów prawnych.

.....
Podpis obojga rodziców/ prawnych opiekunów

8. Oświadczam, iż wszelkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data i czytelny podpis matki/opiekunki prawnej)

.....
(data i czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego)