……………………………………….

 Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

Ja niżej podpisany/a:

…………………………………………………………………………………………………

(nazwisko i imię rodzica /opiekuna prawnego)

Oświadczam, że moje dziecko:

…………………………………………………………………………………………………

(nazwisko i imię dziecka /oddział)

* jest zdrowe, nie przejawia żadnych niepokojących objawów chorobowych
* nie jest objęte kwarantanną ani nie mieszka/nie zamieszkiwało wspólnie z osobą objętą kwarantanną w okresie 14 dni przed rozpoczęciem roku szkolnego 2020/2021
* nie miało kontaktu z osoba zakażoną, chorą lub podejrzaną o zakażenie COVID-19 w okresie ostatnich 14 dni
* jest przygotowane do stosowania się do wytycznych i regulaminów wewnętrznych placówki związanych z przestrzeganiem wzmożonych zasad higieny

Oświadczam ,że:

* jestem świadoma/my obostrzeń wynikających z reżimu sanitarnego panującego podczas sprawowania opieki w przedszkolu i zobowiązuję się do ich przestrzegania , a w przypadku zachorowania nie będę wnosił/a skarg i zażaleń.
* zobowiązuję się do osobistego przyprowadzania i odbierania dziecka z przedszkola bez udziału osób trzecich
* wyrażam zgodę na pomiar temperatury u dziecka przy wejściu do placówki lub podczas pobytu w przedszkolu w razie zaistnienia takiej potrzeby
* zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania dyrektora przedszkola w przypadku wystąpienia u mego dziecka podejrzenia choroby zakaźnej.

………………………………………

podpis rodzica/opiekuna prawnego

 **DANE KONTAKTOWE**

 Zgodnie z wytycznymi placówka pełniąca opiekę przedszkolną zobowiązana jest ustalić warunki szybkiej komunikacji z rodzicami/opiekunami w przypadku wystąpienia u dziecka niepokojących objawów chorobowych. Proszę o podanie aktualnych danych do kontaktu w razie wystąpienia u dziecka objawów chorobowych a w przypadku braku kontaktu z Państwem upoważnienie 1 osoby z rodziny

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko  | Nr telefonu  | Adres email |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

................................. ..............................................................................

*Data Podpis rodzica składającego oświadczenie*