**Oświadczenia dla rodziców, którzy otrzymali informację o tym,   
że ich dziecko może od 13.05.2020 r. skorzystać z opieki przedszkola**

*(wypełnia każdy rodzic osobno)*

…………………………………………………………………… / ………………………………  
 Imię i nazwisko dziecka Grupa

OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że wykonuję zawód rekomendowany   
w wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego z 30 kwietnia 2020 r., tj.:

* jestem pracownikiem realizującym zadania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (systemu ochrony zdrowia, służb mundurowych,  handlu i przedsiębiorstw produkcyjnych)
* jestem  rodzicem pracującym, który  nie ma możliwości pogodzenia pracy z opieką nad dzieckiem w domu.
  + - 1. *właściwe zakreślić*

                                                                                                ……………………………   
 *podpis rodzica*

Ja niżej podpisany/podpisana, wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała mojego dziecka  termometrem bezdotykowym, w razie wystąpienia objawów chorobowych / *profilaktycznie jeden raz dziennie w trakcie pobytu dziecka w przedszkolu.*

                                  ……………………………   
 *podpis rodzica*

Ja niżej podpisany/podpisana, oświadczam, że nikt z domowników, w okresie ostatnich 14 dni:

* + - * nie przebywa lub nie przebywał w kwarantannie
      * nie przebywał w transmisji koronowirusa
      * nie miał kontaktu z osobą, u której potwierdzono lub podejrzewano zakażenie koronawirusem

oraz że:

* + - * u mojego dziecka nie występują objawy: gorączka, katar, kaszel, uczucie duszności
      1. *właściwe zakreślić*

                                                                                                ……………………………   
 *podpis rodzica*

Jestem świadomy/świadoma, że podczas przebywania mojego dziecka na terenie **Gminnego Przedszkola w Białobrzegach** pomimo stosowanych procedur bezpieczeństwa   
i postępowania oraz zastosowanych środków ochronnych, może dojść do zakażenia koronawirusem SARS-CoV-19. Rozumiem i podejmuję ryzyko zakażenia oraz wystąpienia powikłań choroby COVID-19 (w tym nieodwracalnego uszkodzenia  płuc lub zgonu), a także przeniesienia zakażenia na inne osoby, w tym członków mojej rodziny.

…………………………   
 *podpis rodzica*