**Zgłoszenie dziecka**

**do uczestniczenia w zajęciach rewalidacyjnych, prowadzonych przez nauczycieli na terenie Szkoły w czasie wznowienia funkcjonowania placówki w okresie epidemii Covid – 19**

Ja, ........................................................................., będący rodzicem/opiekunem prawnym ................................................................................, który w roku szkolnym 2019/2020 jest uczniem klasy ............................... deklaruję gotowość udziału mojego dziecka w zajęciach rewalidacyjnych, prowadzonych na terenie Zespołu Szkół w Gościnie – Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi. Dziecko będzie uczęszczało na zajęcia zgodnie z przedstawionym harmonogramem od dnia: …………………………………… 2020 r.

**Przyjmuję do wiadomości**, że jestem objęty zakazem wstępu na teren szkoły oraz że do moich powinności należy:

1. przygotowanie dziecka każdego dnia na dłuższy pobyt na świeżym powietrzu;
2. pilne odebranie dziecka ze szkoły w przypadku pojawienia się u niego niepokojących objawów choroby;
3. zaopatrzenie dziecka, jeśli ukończyło 4. rok życia w indywidualną osłonę nosa i ust podczas drogi do i ze szkoły;
4. wyjaśnienie dziecku, aby nie przynosiło niepotrzebnych przedmiotów i zabawek;
5. regularne przypominanie dziecku podstawowych zasad higieny (unikania dotykania oczu, nosa i ust, częste mycie rąk wodą z mydłem, niepodawanie ręki na powitanie, odpowiedni sposób zasłania twarzy podczas kichania czy kasłania);

**Oświadczam, że:**

1. moje dziecko jest zdrowe i nie wykazuje jakichkolwiek objawów choroby zakaźnej;
2. w domu nie przebywa żadna osoba na kwarantannie lub w izolacji domowej;
3. celem zapewnienia szybkiej komunikacji ze szkołą podaję poniższe dane kontaktowe: .....................................................................................................,
4. jestem świadoma/y czynników ryzyka w związku z COVID-19, w szczególności związanych z przebywaniem na jednej powierzchni łącznie zwiększonej liczby osób w jednym czasie i miejscu;
5. zapoznałam/em się z obowiązującymi procedurami funkcjonowania w szkole w okresie stanu epidemii;
6. podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i wiadome mi jest, że fałszowanie dokumentów, poświadczenie nieprawdy, wyłudzenie poświadczenia nieprawdy i użycie dokumentu poświadczającego nieprawdę podlega odpowiedzialności karnej.

………………..……………………………………….………….......……………………

 data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

**Wyrażam zgodę na pomiar temperatury u mojego dziecka.**

………………..……………………………………….………….......……………………

 data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

**Adres: Zespół Szkół w Gościnie - Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi, ul. Kościuszki 5, 78-120 Gościno, w godzinach od 7:00 do 15:00.**

**Zwrotny adres mail: dyrektor@zs-spgoscino.pl**

**Oświadczenie rodzica lub ucznia po zakwalifikowaniu go**

**na zajęcia prowadzone w szkole**

**OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA**

1. Zapoznałam/em się i akceptuję procedury bezpieczeństwa w trakcie epidemii COVID-19 obowiązujące w Zespole Szkół w Gościnie – Szkole Podstawowej i nie mam w stosunku do nich zastrzeżeń.

………………..……………………………………….………….......……………………

data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

1. Jestem świadoma/y możliwości zarażenia się mojego dziecka, mnie, moich domowników, nauczycieli i pracowników w szkole i innych dzieci COVID-19. Jestem świadoma/y iż podanie nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich uczestników opieki wraz z nauczycielami i dyrekcją, jak również ich rodzinami.
2. Odpowiedzialność za podjętą przeze mnie decyzję związaną z przyprowadzeniem dziecka do Zespołu Szkół w Gościnie – Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi, dowożeniem go do wskazanej wyżej placówki , tym samym na narażenie na zakażenie COVID-19 jest po mojej stronie.
3. Nie jestem ja, ani moi najbliżsi domownicy (osoby zamieszkałe pod tym samym adresem) objęci kwarantanną, a każdy z domowników jest zdrowy.
4. W dniu przyjęcia dziecka na zajęcia opiekuńczo-wychowawcze/konsultacje, moje dziecko jest zdrowe. Nie ma kataru, kaszlu, gorączki, duszności ani nie wystąpiły u niego żadne niepokojące objawy chorobowe.
5. W ciągu ostatnich 24 godzin nie wystąpiły u mojego dziecka: gorączka, duszności, katar, kaszel, nie miało ono styczności z osobami, które wróciły z zagranicy lub odbywały kwarantannę.
6. Wyrażam zgodę na każdorazowe mierzenie temperatury mojego dziecka przy wchodzeniu do szkoły i pomiar temperatury w trakcie trwania opieki. Przyjmuję do wiadomości, że dziecko zostanie przyjęte do przedszkola tylko z temperaturą do 37 stopni Celcjusza.
7. Moje dziecko nie będzie przynosiło do szkoły żadnych zabawek ani przedmiotów
z zewnątrz oraz będzie przychodziło codziennie w zmienianych czystych i świeżych ubraniach.
8. Zostałem poinformowana/y, iż zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektoratu Sanitarnego dziecko nie będzie wychodziło na spacery podczas pobytu w szkole i zajęcia wychowania fizycznego.
9. Zostałem poinformowana/y, iż zgodnie z procedurami w szatni może znajdować się maksymalnie 4 dzieci. W przypadku, gdy w szatni już przebywa maksymalna wskazana w procedurze liczba dzieci będę oczekiwać na swoją kolej w korytarzu/holu przed szatnią. Podczas wejścia do szkoły konieczne jest posiadanie przez Rodzica maseczki ochronnej i rękawiczek, należy dezynfekować ręce.
10. W przypadku, gdyby u mojego dziecka wystąpiły niepokojące objawy chorobowe zobowiązuję się do każdorazowego odbierania telefonu od nauczycieli, odebrania dziecka w trybie natychmiastowym z wyznaczonego w szkole pomieszczenia do izolacji.
11. O każdorazowej zmianie powyższych oświadczeń natychmiast powiadomię Dyrekcję szkoły.
12. Zapoznałem się z informacjami udostępnionymi przez Dyrekcję szkoły, w tym
z informacjami na temat zakażenia COVID-19, najważniejszymi numerami telefonów wywieszonymi na terenie placówki dostępnymi dla Rodziców.
13. **Wyrażam zgodę na przekazanie terenowej jednostce Sanepidu danych osobowych
w przypadku zarażenia COVID-19.**

………………..……………………………………….………….......……………………

 data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

**Adres: Zespół Szkół w Gościnie - Szkoła Podstawowa z Oddziałami Integracyjnymi, ul. Kościuszki 5, 78-120 Gościno, w godzinach od 7:00 do 15:00. Zwrotny adres mail: dyrektor@zs-spgoscino.pl**