Imię i nazwisko dziecka:

…………………………………………………………….

Imię i nazwisko rodziców/ opiekunów prawnych:

…………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

…………………………………………………………………………………………………

Aktualne numery kontaktowe w razie szybkiego kontaktu:

…………………………………………………………………………………………………

OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Zobowiązuje się nie przyprowadzać do szkoły dziecka w przypadku wystąpienia u niego poniższych oznak chorobowych:

- podwyższona temperatura powyżej 37,5°C,

- kaszel,

- katar,

- biegunka,

- duszności,

- wysypka i zmiany skórne,

- bóle mięśni,

- ból gardła,

- utrata smaku, węchu, zapalenie spojówek i inne nietypowe objawy.

……………………………………………

(data i czytelny podpis rodziców/ opiekunów prawnych)

Zobowiązuje się do przestrzegania obowiązujących w szkole procedur związanych z reżimem

sanitarnym oraz natychmiastowe odebranie dziecka (w jak najszybszym czasie – tj. do 60

min.) z placówki oświatowej – szkoły, w razie wystąpienia jakichkolwiek objawów

chorobowych w czasie pobytu dziecka w szkole.

……………………………………………

(data i czytelny podpis rodziców/ opiekunów prawnych)