OŚWIADCZENIE UCZNIA PEŁNOLETNIEGO

Ja niżej podpisany/a:

…………………………………………………………………………………………………

( nazwisko i imię )

oświadczam, że:

nie miałem/am kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Mój stan zdrowia jest dobry. Nie przejawiam żadnych oznak chorobowych, np. podwyższona temperatura, katar, alergia, kaszel, biegunka, duszności, wysypka, bóle mięśni, ból gardła, utrata smaku czy węchu i inne nietypowe.

2. Jestem świadomy/ świadoma pełnej odpowiedzialności za dobrowolne uczestnictwo w konsultacjach, które odbywać się będą w I Liceum Ogólnokształcącym w Nowej Sarzynie w aktualnej sytuacji epidemiologicznej.

3. Zostałam poinformowany/a o ryzyku, na jakie jestem narażony/a

4. Mimo wprowadzonych w szkole obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia COVID – 19.

5. W przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia w szkole (nie tylko na terenie) personel/dziecko/rodzic dziecka – zdaje sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę.

6. W sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia u dziecka, jego rodziców lub personelu szkoła zostaje zamknięta do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na terenie placówki oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie przechodzą kwarantannę.

7. Nie jestem/jestem (niewłaściwe skreślić) uczulona/y na wszelkie środki dezynfekujące.

8. W sytuacji zarażenia się na terenie placówki nie będę wnosił/a skarg, zażaleń, pretensji do dyrektora Zespołu Szkół w Nowej Sarzynie oraz Organu Prowadzącego, będąc całkowicie świadom zagrożenia epidemiologicznego wynikającego z panującej obecnie pandemii.

9. Aktualne i aktywne numery telefonów do kontaktu z rodzicem/opiekunem

………………………………………………………………………………………..

………………………………… …………………………………

miejscowość, data podpis rodzica/opiekuna prawnego