

**Oświadczenie rodzica/prawnego opiekuna
dotyczące organizacji konsultacji na terenie Zespołu Szkół Rolniczych w Ostródzie
od 1.06.2020 r.**

1. Wnoszę o udział córki/syna w konsultacjach z nauczycielem..... z przedmiotuna terenie Zespołu Szkół Rolniczych w Ostródzie od dn. 1.06.2020 r.

.....
Data
czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna

2. Ja niżej podpisany/a wysyłając córkę/ syna na konsultacje na teren ZSR w Ostródzie w trakcie trwania pandemii COVID-19 oświadczam, że jestem świadomy/świadoma potencjalnego zagrożenia wynikającego z możliwości zakażenia.
Jednocześnie oświadczam, że nikt z domowników nie przebywa na kwarantannie lub izolacji, a w przypadku, gdy taka sytuacja nastąpi niezwłocznie poinformuję o tym placówkę.

.....
data
czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

3. Zobowiązuję się do zapoznania z obowiązującymi od dnia 25.05.2020 wewnętrznymi procedurami bezpieczeństwa umieszczonymi na stronie szkoły.

.....
data
czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

4. Jestem świadomy/-a, że w razie wystąpienia u ucznia takich objawów chorobowych jak np. katar, kaszel, stan podgorączkowy, gorączka, wymioty, biegunka lub inne objawy choroby, uczeń nie zostanie przyjęte do placówki, bądź będzie musiał zostać niezwłocznie z niej odebrany przez rodzica.

.....
data
czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

5. Równocześnie oświadczam, że pozostaję do dyspozycji w stałym kontakcie telefonicznym, pod następującymi numerami telefonów: matka/opiekunka prawna
ojciec/opiekun prawny

.....
data
czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

6. Wyrażam zgodę pomiar temperatury ciała córki/syna..... przed konsultacjami oraz w trakcie jego pobytu w placówce, przez cały czas trwania stanu pandemii lub stanu zagrożenia epidemiologicznego, spowodowanego chorobą COVID-19.

Pomiaru dokonuje każdorazowo pracownik szkoły termometrem bezdotykowym.

Powyższa zgoda ma na celu realizację przez szkołę działań prewencyjnych i zapobiegawczych, związanych z ogłoszonym stanem epidemii.

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

7. Jestem świadomy/a, iż w razie absencji nauczyciela w danym dniu zajęcia nie odbędą się. O fakcie tym zostaną Państwo poinformowani telefonicznie.

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

Wypełniony i podpisany wniosek należy wysłać skanem na 1 dzień przed terminem konsultacji na adres szkolydienne@rolnik.edu.pl