**Deklaracja   
woli uczestnictwa w zajęciach**

**w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Lubatowej**

w czasie epidemii koronawirusa

**obowiązuje od dnia 25 maja 2020 roku**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko ucznia** |  | | | |
| **Klasa** |  | | | |
| **Data urodzenia ucznia** |  | | | |
| **Imię i nazwisko rodziców** |  | | | |
| **Numer telefonu matki** |  | | | |
| **Numer telefonu ojca** |  | | | |
| **Miejsce pracy matki** |  | | | |
| **Miejsce pracy ojca** |  | | | |
| **Deklarowany pobyt ucznia w szkole:** | **dzień tygodnia** | **rodzaj zajęć1)** | **od godz.** | **do godz.** |
| poniedziałek | *rewalidacje/opieka/konsultacje\** |  |  |
| wtorek | *rewalidacje/opieka/konsultacje\** |  |  |
| środa | *rewalidacje/opieka/konsultacje\** |  |  |
| czwartek | *rewalidacje/opieka/konsultacje\** |  |  |
| piątek | *rewalidacje/opieka/konsultacje\** |  |  |

**1) – oznaczenia: rewalidacje –** indywidualne zajęcia rewalidacyjne

**opieka** – zajęcia opiekuńczo-wychowawcze w klasach I-III

**konsultacje** – zajęcia dla uczniów pozostałych klas

**\***-*skreślić niewłaściwe*

**Istotne informacje o stanie zdrowia dziecka**…………………………………………………  
…………………………………………………………………………………………………..

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

**Oświadczenie**

Oświadczam, że jestem świadoma/y zagrożeń związanych z Covid- 19 oraz posiadam wiedzę   
o czynnikach ryzyka COVID-19 zarówno u dziecka, jego rodziców/opiekunów, jak i innych domowników.

Ponoszę pełną odpowiedzialność za podjętą decyzję związaną z wysłaniem dziecka do szkoły, jak i dowożeniem dziecka do szkoły. Nie będę wnosić z tego tytułu żadnych roszczeń wobec szkoły.

Znane mi są również procedury dotyczące przebywania dziecka w szkole.

Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała dziecka w momencie jego wejścia na teren szkoły   
oraz w przypadku wystąpienia u niego niepokojących objawów chorobowych.

Lubatowa, dnia …………………………. ……………………………………………………

(data) (czytelny podpis rodziców / opiekunów prawnych)