

Oświadczenie pełnoletniego ucznia

Oświadczam, iż:

1. Zapoznałam/łem się i akceptuję Procedurę bezpieczeństwa obowiązującą w Zespole Szkół Specjalnych nr 1 oraz nowe zasady higieny i nie mam w stosunku do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Jestem świadoma/y możliwości zarażenia mnie, moich domowników, opiekunów i nauczycieli i innych uczniów COVID-19. Jestem świadoma/y iż podanie nieprawdziwych informacji naraża na kwarantannę wszystkich uczestników opieki wraz z opiekunami i Dyрекcją jak również ich rodzinami.
3. Odpowiedzialność za podjętą przeze mnie decyzję związaną z przyjściem do Zespołu Szkół Specjalnych nr 1, tym samym za narażenie na zarażenie COVID-19 jest po mojej stronie.
4. Nie jestem ja, ani moi najbliżsi domownicy (osoby zamieszkałe pod tym samym adresem) objęci kwarantanną, a każdy z domowników jest zdrowy.
5. Informuję, że w momencie przyścia do placówki jestem zdrowy. Nie mam kataru, kaszlu, gorączki, duszności, ani nie występują u mnie żadne niepokojące objawy chorobowe.
6. W ciągu ostatnich 24 godzin nie wystąpiły u mnie gorączka, duszność, katar, kaszel, nie miałem/am styczności z osobami, które odbywały kwarantannę.
7. Wyrażam zgodę na każdorazowe mierzenie temperatury u mnie po przyjęciu do placówki i pomiar temperatury w trakcie trwania opieki.
8. Zostałam/łem poinformowany, iż zgodnie z procedurami podczas wejścia do Zespołu Szkół Specjalnych nr 1, należy zdezynfekować ręce.
9. W przypadku gdy u mnie wystąpią niepokojące objawy chorobowe wyrażam zgodę na pozostanie w placówce w wyznaczonym pomieszczeniu oraz powiadomieniu rodziców oraz Sanepidu.
10. każdorazowej zmianie powyższych oświadczeń natychmiast powiadomię Dyрекcję placówki.
11. Zapoznałam/łem się z informacjami udostępnionymi przez Dyрекcję placówki w tym informacjami na temat zakażenia COVID – 19, najważniejszymi numerami telefonów wywieszonymi na terenie placówki dostępnymi dla Rodziców.
12. Wyrażam zgodę na przekazanie terenowej jednostce sanepidu danych osobowych w przypadku zarażenia COVID-19.
13. **Nie jestem/jestem** (niewłaściwe skreślić) uczulona/y na wszelkie środki dezynfekujące.

.....
Data i czytelny podpis pełnoletniego ucznia

.....
*(imię i nazwisko rodzica/
opiekuna prawnego* ucznia*