**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że moje dziecko – ………………………………………………………. *(imię i nazwisko)* w ciągu ostatnich 14 dni nie miało kontaktu z osobą zakażoną lub podejrzaną o zakażenie wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny, otoczenia nie przebywa na kwarantannie.

Zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania Szkoły o potencjalnym przyszłym kontakcie z osobą chorą z powodu infekcji wywołanej koronawirusem lub podejrzaną o zakażenie.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż pomimo wdrożenia w Szkole Podstawowej nr 3 z Oddziałami Dwujęzycznymi i Sportowymi im. Żorskich Twórców Kultury w Żorach zaleceń Głównego Inspektora Sanitarnego, Ministra Zdrowia i Ministra Edukacji Narodowej oraz Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Rybniku nadal możliwe jest zakażenie mojego dziecka koronawirusem.

Zostałem/am poinformowany i zapoznałem/łam się z Procedurami Bezpieczeństwa obowiązującymi na terenie Szkoły oraz zobowiązuje się do ich przestrzegania, przede wszystkim:

a) przyprowadzania do szkoły tylko i wyłącznie zdrowego dziecka, bez kataru, kaszlu, podwyższonej temperatury ciała i innych objawów charakterystycznych dla choroby Covid-19

b) natychmiastowego odebrania dziecka z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych, które wystąpiły w czasie pobytu w placówce.

W przypadku złego samopoczucia mojego dziecka proszę o kontakt telefoniczny pod numerem

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

Jednocześnie informuję, że dziecko **nie jest/jest** (niewłaściwe skreślić) uczulone na wszelkie środki dezynfekujące.

Deklaruję pobyt dziecka w szkole w dniach: ……………. ………………………………………….. godzinach: od ……………. do ……………

Administratorem danych osobowych jest Szkoła Podstawowa nr 3 z Oddziałami Dwujęzycznymi i Sportowymi im. Żorskich Twórców Kultury w Żorach. Dane osobowe przetwarzane są w celu zapobiegania i zwalczania epidemii koronawirusa na podstawie udzielonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO). Wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednak jej brak uniemożliwi udział dziecka w zajęciach opiekuńczo-wychowawczych, zajęciach rewalidacyjnych albo konsultacjach.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………………………… |  | …………………………………………………………………… |
| *(data)* |  | *(czytelne podpisy rodziców lub opiekunów prawnych)* |