

## ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ W KONSULTACJACH Z NAUCZYCIELEM NA TERENIE SZKOŁY

Ja, niżej podpisany/-a, rodzic / opiekun prawny dziecka

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

### wyrażam zgodę

na udział w konsultacjach w Centrum Edukacji Ogrodniczej w Szczecinie

w terminie/ terminach (wpisać przedmiot i godziny)

poniedziałek .....

wtorek .....

środa .....

czwartek .....

piątek .....

Jednocześnie oświadczam, że:

1. ww. dziecko nie miało kontaktu z osobą zakażoną wirusem Covid-19 oraz nikt z członków najbliższej rodziny i otoczenia nie przebywa na kwarantannie, nie przejawia widocznych oznak choroby. Stan zdrowia dziecka jest dobry, dziecko nie przejawia 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/-a pełnej odpowiedzialności za dobrowolne posłanie dziecka na ww. konsultacje w aktualnej sytuacji epidemiologicznej;
3. zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku, na jakie jest narażone zdrowie mojego dziecka i naszych rodzin, tj.
  - a) mimo wprowadzonych w szkole obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochronnych zdaję sobie sprawę, że w szkole może dojść do zakażenia COVID – 19;
  - b) w przypadku wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia na terenie szkoły u pracowników i/lub uczniów – zdaję sobie sprawę, iż zarówno moja rodzina, jak i najbliższe otoczenie zostanie skierowane na 14-dniową kwarantannę;
  - c) w sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia u dziecka, jego rodziców lub pracowników szkoła zostaje zamknięta do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na terenie szkoły oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie przechodzą kwarantannę;
4. dziecko nie jest/jest\* uczulone na wszelkie środki dezynfekujące.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić