

ZGODA PEŁNOLETNIEGO UCZNIA NA UDZIAŁ W KONSULTACJACH Z NAUCZYCIELEM NA TERENIE SZKOŁY

Ja, niżej podpisany/-a,

.....
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia)

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. nie miałem/-am 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 mojego zdrowia jest dobry, nie przejawiam 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 uczęszczanie na ww. konsultacje w aktualnej sytuacji epidemiologicznej;
3. zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku, na jakie jest narażone moje zdrowie i mojej 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 mnie, moich rodziców lub pracowników szkoły zostaje zamknięta do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na terenie szkoły oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie przechodzą kwarantannę;
4. nie jestem/jestem* uczulony/-a na wszelkie środki dezynfekujące.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis pełnoletniego ucznia)

*niepotrzebne skreślić