



Placówka Wsparcia Dziennego „Radość” w Woli Wodyńskiej

Oświadczenie opiekunów prawnych dziecka

Imię i nazwisko dziecka.....

1. Oświadczam, że zdaję sobie sprawę z zagrożenia, które niesie ze sobą zakażenie koronawirusem lub/i zachorowania na COVID-19 i zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń „Procedury zapewnienia bezpieczeństwa w związku z wystąpieniem, zapobieganiem i ograniczeniem rozpowszechniania się COVID-19 wśród uczestników oraz pracowników placówki wsparcia dziennego opartych na rekomendacjach Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia i Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 20.05.2020 r.
2. Wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała dziecka termometrem bezdotykowym.
3. Oświadczam, że nic mi nie wiadomo o tym, żeby moje dziecko miało kontakt z osobą zakażoną wirusem COVID-19, a także oświadczam, że nikt z członków najbliższej rodziny dziecka oraz jego otoczenia nie przebywa na kwarantannie i nie przejawia widocznych oznak choroby (kaszel, katar, podwyższona temperatura, bóle mięśni).
4. Zobowiązuję się do zapoznania i przestrzegania obowiązujących w placówce procedur związanych z reżimem sanitarnym oraz natychmiastowego odebrania dziecka z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych w czasie pobytu w placówce.
5. Zobowiązuję się do poinformowania kierownika placówki o wszelkich zmianach w sytuacji zdrowotnej dziecka oraz osób w jego najbliższym otoczeniu i rodzinie w szczególności odnośnie podejrzenia lub stwierdzenia zakażenia wirusem COVID-19.
6. Zobowiązuję/Nie zobowiązuję się¹ do zabezpieczenia dziecka w maseczkę (jednorazową lub wielokrotnego użytku) lub przyłbicę, jeżeli dziecko ma uczestniczyć w zajęciach z zakrytym nosem i ustami.
7. Oświadczam, że moje dziecko nie jest uczulone na detergenty, środki na bazie alkoholu.

Miejscowość.....

Data.....

Podpisy opiekunów prawnych:

¹ Właściwą odpowiedź zaznaczyć